FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1926

# THÈSE

N°

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

**Jean RAVINA**

Né le 13 septembre 1895 à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

# THÉRAPEUTIQUE DE L'INFECTION PUERPÉRALE

## PAR LES PANSEMENTS INTRA-UTÉRINS AU FILTRAT DE CULTURES DE STREPTOCOQUES

**Valeur pronostique de l'intradermo-réaction au filtrat de cultures de streptocoques**

*Travail du Service du Professeur agrégé LÉVY SOLAL*

*Président :* M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS. |
| Anatomie médico chirurgicale | CUNÉO. |
| Physiologie | ROGER. |
| Physique médicale | STROHL. |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ. |
| Bactériologie | LEMIERRE. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel LABBÉ |
| Pathologie médicale | SICARD. |
| Pathologie chirurgicale | LECENE. |
| Anatomie pathologique | ROUSSY. |
| Histologie | PRENANT. |
| Pharmacologie et matière médicale | N... |
| Thérapeutique | CARNOT. |
| Hygiène | Léon BERNARD |
| Médecine légale | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MENETRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | RATHERY. |
| Clinique médicale | GILBERT.<br>BEZANÇON.<br>ACHARD.<br>WIDAL. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | MARFAN. |
| Clinique des maladies des enfants | NOBÉCOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses | TESSIER. |
| Clinique chirurgicale | DELBET.<br>HARTMANN.<br>LEJARS.<br>GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique | TERRIEN. |
| Clinique urologique | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE.<br>BRINDEAU.<br>JEANNIN. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | OMBRÉDANNE |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SEBILEAU. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | DUVAL. |
| Clinique propédeutique | SERGENT. |
| Professeur sans chaire | ROUVIÈRE |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | |
|---|---|
| BRAMI . . . | Pathologie médicale. |
| LGLAVE . . | Pathologie chirurgicale. |
| UBERTIN . . | Pathologie médicale. |
| ASSET . . . | Pathologie chirurgicale. |
| AUDOUIN . . | Pathologie médicale. |
| INET . . . . | Physiologie. |
| ANCHETIÈRE . . . | Chimie biologique. |
| RANCA . . . | Histologie. |
| RULÉ . . . . | Pathologie médicale. |
| USQUET . . | Pharmacologie et matière médicale. |
| ADENAT . . | Pathologie chirurgicale. |
| HAMPY . . . | Histologie. |
| HIRAY . . } | Pathologie médicale. |
| LERC . . . } | |
| EBRÉ . . . . | Hygiène. |
| de JONG . . | Anatomie pathologique. |
| UVOIR . . . | Médecine légale. |
| CALLE . . . | Obstétrique. |
| IESSINGER } | Pathologie médicale. |
| OIX . . . . } | |
| ARNIER. . . | Pathologie expérimentale. |
| ARVIER. . . | Pathologie médicale. |
| EITZ-BOYER | Urologie. |

| MM | |
|---|---|
| HOVELACQUE | Anatomie. |
| JOYEUX . . . | Parasitologie. |
| LABBÉ(Henri). | Chimie biologique. |
| LARDENNOIS. | Pathologie chirurgicale. |
| LE LORIER. . | Obstétrique. |
| LEMAITRE. . | Oto-rhino-laryngologie |
| LEMIERRE . . | Pathologie médicale. |
| LEVY-SOLAL. | Obstétrique. |
| LHERMITTE . | Pathologie mentale. |
| LIAN. . . . . | Pathologie médicale. |
| MATHIEU . . | Pathologie chirurgicale. |
| METZGER. . . | Obstétrique. |
| MOCQUOT . } | Pathologie chirurgicale |
| MONDOR. . } | |
| MOURE. . . } | |
| MULON. . . . | Histologie. |
| PHILIBERT. . | Bactériologie. |
| RIBIERRE . . | Pathologie médicale. |
| RICHET Fils . | Physiologie. |
| TANON . . . . | Pathologie médicale. |
| VAUDESCAL . | Obstétrique. |
| VERNE . . . . | Histologie. |
| VILLARET . . | Pathologie médicale. |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### pour le service des examens

| MM. | |
|---|---|
| OUGEROT. . | Pathologie médicale. |
| UÉNIOT. . . | Obstétrique. |

| MM. | |
|---|---|
| RETTERER. . | Histologie. |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### à titre permanent

| MM. | |
|---|---|
| AUVRAY . . | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU . | |
| LAIGNEL-LAVASTINE. . | Clinique médicale. |
| LERREBOULLET . . . | Clinique médicale infantile. |

| MM. | |
|---|---|
| LÉRI . . . . | Clinique médicale. |
| LŒPER. . . | |
| PROUST . . . | Clinique chirurgicale |
| RATHERY . . | Clinique médicale. |
| SCHWARTZ. . | Clinique chirurgicale |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé . . . . | Chargé du cours de chirurgie orthopédi chez l'adulte pour les accidentés du t vail, les mutilés de guerre et les infirm adultes. |
| FREY . . . . . | Stomatologie. |
| CHAILLEY-BERT . . . . . | Education physique. |
| LEDOUX-LEBARD . . . . . | Radiologie clinique. |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opini émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées com propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni imp bation.*

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*En témoignage de ma respectueuse admiration.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

*En témoignage de ma respectueuse affection et de ma reconnaissance pour la formation obstétricale qu'il m'a donnée.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé LÉVY-SOLAL

Accoucheur de l'Hôpital St-Antoine

*A qui je dois l'inspiration et le meilleur de ce travail, et en témoignage de mon affectueuse reconnaissance.*

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

### Stage

1913-14 { M. le Professeur OMBRÉDANNE.
M. le Professeur agrégé TUFFIER.

1919. — M. le Docteur DUFOUR.

### Externat

1920-21. — M. le Professeur agrégé Anselme SCHWARTZ

### Internat provisoire

1921-22. — M. le Docteur DEVRAIGNE.

### Internat

1922-23 { M. le Docteur GUILLEMOT.
M. le Docteur RIVET.
M. le Professeur agrégé R. DEBRÉ.

1923-24 { M. le Professeur agrégé DEMELIN.
M. le Professeur agrégé Pierre DESCOMPS.

1924-25. — M. le Docteur BAUDET.

1925-26. — M. le Professeur agrégé LÉVY-SOLAL.

A MM. les Docteurs VIGNES, CLEISZ et PORTES, Accoucheurs des Hôpitaux.

A MM. les Docteurs DENICKER et BROCQ, Chirurgiens des Hôpitaux.

A MM. les Docteurs AMEUILLE, HERSCHER et DARRÉ, Médecins des Hôpitaux.

# INTRODUCTION

La multiplicité des méthodes thérapeutiques proposées pour lutter contre l'infection puerpérale et la juguler avant son stade septicémique ou dès les premiers passages du streptocoque dans le sang, montre que jusqu'à présent aucune de ces méthodes n'a donné de résultats véritablement satisfaisants. Ces différentes méthodes ont pour but :

1° soit le nettoyage de la cavité utérine, point de départ de l'infection par curage manuel ou instrumental, suivi d'hystérectomie vaginale en cas d'échec du curage.

2° soit la destruction des germes pathogènes passés dans le sang, par une médication intraveineuse (antiseptiques, choc).

3° soit l'immunisation active ou passive de l'organisme par la vaccination ou la sérothérapie.

Nous avons employé une méthode de traitement bien différente, basée sur les découvertes de M. le Professeur Besredka sur l'immunité locale.

Cette immunité semble avoir, en effet, une importance primordiale dans la lutte contre le streptocoque.

Au cours de l'année passée chez notre maître, Monsieur le Professeur agrégé Lévy-Solal à la maternité de l'Hôpital Saint Antoine, nous avons appliqué comme traitement préventif et curatif de l'infection puerpérale les pansements intra-utérins faits avec une mèche imbibée de filtrats de culture de streptocoques.

Nous avons d'autre part essayé de porter un pronostic précoce de l'infection puerpérale en pratiquant des intra-dermo réactions au filtrat streptococcique.

Nous apportons aujourd'hui les résultats que nous avons obtenus au point de vue thérapeutique et pronostic.

La 1re partie de notre exposé comprend la technique et les indications du traitement par le filtrat streptococcique et les résultats obtenus dans les différents cas où nous l'avons employé.

La 2e partie est réservée à la pathogénie de l'infection puerpérale et au mode d'action du filtrat, à l'étude de la flore microbienne avant et après les tamponnements, enfin, à la valeur des moyens de défense de l'organisme vis-à-vis du streptocoque par l'étude de l'intra-dermo-réaction.

Qu'il nous soit permis, au début de cette thèse, de remercier Monsieur le Professeur agrégé Lévy-Solal et M. le Docteur Simard qui ont été les premiers à pratiquer les pansements intra-utérins au filtrat et qui ont mis en évidence l'importance du traitement prophylactique et la valeur de l'intra-dermo-réaction. Leur expérience et leurs conseils nous ont été d'un précieux secours.

Nos remerciements doivent aller aussi à M. le Pr Besredka qui nous a toujours réservé le meilleur accueil, et à M. le Docteur Jean Dalsace, chef de Laboratoire à la Maternité de Saint-Antoine, qui a effectué toute la partie bactériologique de cette étude et dont la collaboration constante nous a rendu les plus grands services.

# PREMIÈRE PARTIE

Nous avons traité pendant un an par le filtrat streptotoccique les femmes infectées ou menacées d'infection au début de leurs suites de couches.

Cette thérapeutique a porté non seulement sur les cas d'infection observés dans le service et portant sur 4.200 accouchements. (3.060 Saint-Antoine ; 1.150 : sage-femmes agréées), mais surtout sur les nombreux cas d'accouchements faits ou commencés en ville et envoyés à l'hôpital, en raison même des signes d'infection observés.

Pour chacune des femmes ainsi traitées nous avons fait les examens suivants :

1° Hémoculture ;

2° Etude de la flore microbienne utérine par prélèvement intra-utérin et culture.

Ces prélèvements étaient faits avant tout traitement et après chaque tamponnement.

3° Intra-dermo réaction par injection de 1/4 de cc. de filtrat. Cette intra-dermo-réaction était lue au bout de 24 à 36 heures. Son intensité était notée de 0 à 5 ; depuis la réaction absolument négative (0) jusqu'à la

réaction un peu douloureuse accompagnant une zone rouge et surélevée, du diamètre d'une pièce de 2 fr. (5).

Le filtrat que nous avons employé était préparé de la façon suivante :

Cultures pendant 8 jours à l'étuve à 37, dans de grands ballons de bouillon, de souches de streptocoques puerpéraux aussi fraîches, aussi virulentes et aussi nombreuses que possible. Chacun des ballons n'étant ensemencé qu'avec une souche de streptocoques. Les cultures étaient filtrées au bout de 8 jours. Le filtrat était de nouveau ensemencé avec le même streptocoque, porté à l'étuve, puis refiltré après un nouveau délai de 8 jours.

Enfin tous ces filtrats étaient mélangés ensemble.

Les pansements intra-utérins avec une mèche imbibée de filtrats streptococciques ont été pratiqués dans 2 circonstances principales ;

1° à titre préventif ;

2° à titre curatif.

**1° à titre préventif**, dans les cas où des manœuvres intra-utérines longues et difficiles au moment de l'accouchement ou de la délivrance font craindre une infection grave post partum sans qu'il y ait au moment de l'accouchement des signes d'infection.

**2° à titre curatif**, lorsque des signes d'infection existent quand on fait ces pansements.

Ces tamponnements curatifs peuvent être :

*a*) précoces : ils sont faits immédiatement après la délivrance lorsqu'il existe de la fièvre au moment de l'accouchement et des signes d'infection in-utero.

*b)* secondaires : lorsqu'ils sont contemporains de l'apparition des signes d'infection vers les 3e et 4e jours des suites de couches.

*c)* tardifs : lorsqu'ils sont faits après la première semaine du post-partum.

Notons que ces termes de précoce, secondaire et tardif sont donnés par rapport à la date de l'accouchement et non par rapport à la date du début de l'infection qui est souvent bien antérieure.

Nous avons employé les pansements intra-utérins dans d'autres cas moins fréquents.

Lésions périutérines accompagnant une infection utérine.

Avortements.

Opération césarienne.

Enfin nous avons injecté directement le filtrat dans les veines, dans quelques cas d'infection généralisée.

## TAMPONNEMENTS PRÉVENTIFS

C'est le tamponnement fait immédiatement après la délivrance en vue de prévenir l'infection utérine.

### Technique du tamponnement

Le tamponnement intra-utérin au filtrat ne diffère pas sensiblement du tamponnement avec une mèche de gaze ordinaire.

Mettre la femme en position gynécologique sur une table d'opération ou en travers du lit. Vider la vessie. Déprimer la paroi postérieure du vagin avec une valve large. Saisir solidement la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux. Il y a avantage à donner une injection intra-utérine pour évacuer les caillots avant de faire le tamponnement. Mais cette infection devra être faite uniquement à l'eau stérilisée ou bouillie et non pas avec une solution antiseptique qui peut modifier profondément ou même supprimer l'action du filtrat.

La mèche dont on se sert est une mèche de gaze de 3 à 4 centimètres de largeur et de 2 à 3 épaisseurs, longue de plusieurs mètres. On la coupe d'ailleurs à la lon-

gueur voulue selon le volume approximatif de la cavité utérine.

Les ampoules de filtrat sont vidées dans une cuvette flambée. La quantité de filtrat à utiliser est variable selon la grandeur de la cavité utérine. En général il faut de 150 à 200 cc. pour faire immédiatement après la délivrance un tamponnement avec une mèche bien imbibée. La mèche est trempée dans le filtrat qu'elle absorbe complètement.

On approche alors la cuvette de la vulve et avec une pince plate à pansements, très longue, on commence le tamponnement. Il ne faut pas croire d'ailleurs que ce tamponnement soit toujours extrêmement facile à faire. Le segment inférieur mou et parfois plissé sur lui-même, le corps utérin souvent en antéflexion, gênent l'introduction de la mèche. On devra aller très doucement, bien repérer avec sa pince l'axe de la cavité utérine, ne faire aucune violence pour ne pas perforer un segment inférieur particulièrement mou ; enfin on pourra faire corriger par la main d'un aide l'antéflexion utérine.

On comble toute la cavité de l'utérus avec cette mèche imbibée de filtrat. Cette mèche devra être suffisamment tassée pour qu'elle entre bien au contact de toute la paroi utérine.

On enlève alors la pince de Museux et on continue d'introduire la mèche dans le vagin en remplissant les culs-de-sac et en la tassant tout autour du col.

Le tamponnement est laissé 24 heures. Au bout de ce temps on enlève la mèche et on la remplace par une

autre que l'on imbibe de filtrat. La technique est absolument la même que lors du 1er tamponnement.

Notons que la quantité de filtrat à employer est en général beaucoup moindre que la 1re fois. 100 cc. suffisent ordinairement. L'utérus se rétractant sur le tampon a souvent une involution beaucoup plus rapide que normalement et nous avons constaté ce phénomène d'involution exagérée dans la presque totalité de nos tamponnements.

La mèche enlevée est d'odeur fétide, imprégnée par l'écoulement lochial, recouverte de petits caillots.

Le 2e tamponnement est laissé en place 24 heures. On le remplace à son tour par un 3e tamponnement qui est en général le dernier et qu'on enlève lui aussi après une journée.

### Indications du tamponnement préventif

Tous les cas où l'on a dû faire des manœuvres intra-utérines au moment de l'accouchement ou de la délivrance : délivrance artificielle, placenta prævia, hémorragies de la délivrance, version par manœuvres internes.

Ce tamponnement semble particulièrement indiqué dans les cas où l'on a eu à entrer en contact direct avec la muqueuse utérine comme dans les cas de délivrance artificielle avec adhérences anormales du placenta. L'on sait en effet la gravité de ces infections dues à une inoculation directe de l'endomètre.

Nous avons employé le tamponnement préventif dans 17 cas :

3 cas de placenta prævia ayant nécessité des manœuvres intra-utérines et des délivrances artificielles.

2 cas de version par manœuvres internes.

1 cas d'embryotomie rachidienne.

1 cas d'incisions du col avec forceps et délivrance artificielle.

2 cas de forceps dans l'excavation avec délivrance artificielle ou hémorragie de la délivrance.

7 cas de délivrance artificielle dont plusieurs avec adhérences anormales du placenta.

1 cas d'hémorragie de la délivrance.

### Résultats du tamponnement préventif

Dans la grande majorité des cas, nous avons eu des suites de couches sinon normales du moins à peine fébriles. Il n'est pas rare de voir la température s'élever à 38°, 38°5 le soir des 2e ou 3e jours du post partum, parfois même à 39°. Mais cette élévation thermique est passagère. Elle ne s'accompagne pas d'élévation exagérée du pouls.

L'état général reste bon, le ventre souple, l'utérus non douloureux, les culs-de-sac libres. Les hémocultures pratiquées se sont toujours montrées négatives.

Les malades sortent du 10e au 20e jour en parfait état.

Dans tous les cas, ce pansement préventif s'est montré d'une innocuité absolue. Son efficacité semble nette ; un cas particulièrement démonstratif est celui rapporté dans notre observation n° 10 : un manque temporaire

de filtrat n'ayant permis de faire qu'un tamponnement, la température monta le soir du 3e jour à 40°, le pouls à 140, en même temps que des frissons se produisaient.

Un tamponnement fait à ce moment amena la chute de la température en 24 heures.

**Obs. 1.** — *Placenta prævia. Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.*

B... 32 ans. Gestation à terme. Hémorragies par placenta prævia pendant les derniers mois de la gestation.

9 janvier : Début du travail. Hémorragie. Rupture large des membranes ; à 9 heures la tête s'engage, à 13 heures accouchement spontané d'une fille mort-née. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle. Le placenta est inséré sur la face postérieure du segment inférieur. Délivrance difficile par adhérences anormales du placenta. Il reste de nombreux débris que l'on doit retirer par fragments. Injection intra-utérine d'eau stérilisée. Tamponnement au filtrat.

Intra dermo : positive à 2.

2e jour : matin T. 37°6, P. 100, soir : T. 38°9, P. 120.

Bon état général. On fait un 2e tamponnement. Cavité utérine très diminuée.

Prélèvement. Streptocoque. Staphylocoque. Bacille de Friedlander.

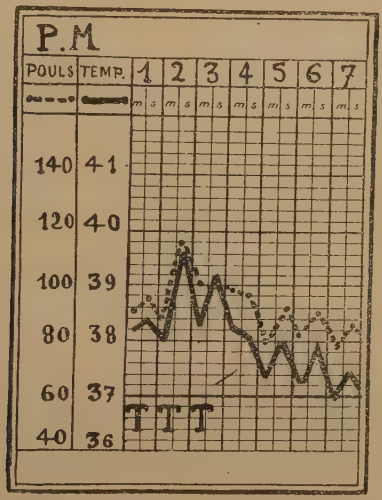
3e jour : matin : T. 37°9. P. 100. Soir : T. 38°5, P. 104. On fait un 3e tamponnement ; un 2e prélèvement : streptocoque un peu plus abondant. Même flore microbienne.

Suites de couches légèrement fébriles avec 2 poussées de température à 39°, les 10e et 15e jour sans signes de localisation. Sortie en parfait état le 20e jour.

**Obs. 2.** — *Placenta prævia. Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.*

P. M.. III pare, 23 ans. Gestation de 8 mois. Placenta inséré bas ayant déterminé de nombreuses hémorragies au cours de la gestation.

27 mars 1925 : Début du travail. Pas d'hémorragie.




28 mars à 2 heures : Dilatation complète. Rupture spontanée de la poche des eaux. 2 h. 30 : accouchement spontané enfant vivant pesant 2.200. 3 h. Délivrance artificielle pour hémorragie. Placenta étalé, particulièrement adhérent au niveau des faces antérieure et droite du segment inférieur. La délivrance commencée avec des gants est finie à main nue. Il faut véritablement sculpter le placenta dans le muscle utérin. Injection d'eau stérilisée. Tamponnement au filtrat.

1er jour : soir T. 38°3, P. 80. Etat général satisfaisant.

2e jour : matin T. 38°, P. 78. 2e tamponnement. Prélèvement : nombreuses colonies de bacille de Friedlander ; quelques colonies de streptocoques.

Soir : T. 39°5, P. 110. Utérus douloureux au niveau du bord droit. Hémoculture négative.

3e jour : matin, T. 38°3, P. 100. On fait un 3e tamponnement. Les phénomènes douloureux persistant au niveau du bord droit de l'utérus, on fait une injection de 3 cc. de Propidon.

4e jour : matin T. 38°3, P. 100. Les phénomènes douloureux ont disparu. On enlève le 3e tamponnement. Soir T.38°, P. 96. Dans les jours qui suivent, la température et le pouls tombent à la normale. La femme sort en excellent état le 20e jour.

Obs. 3. — *Placenta prævia, Version par manœuvres mixtes. Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.*

B... VIIe pare, 39 ans. Entre à la maternité de St-Antoine le 26 novembre 1925 pour hémorragie abondante par insertion basse du placenta. Gestation près du terme. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres externes facile, mais difficilement contenue même avec des tampons.

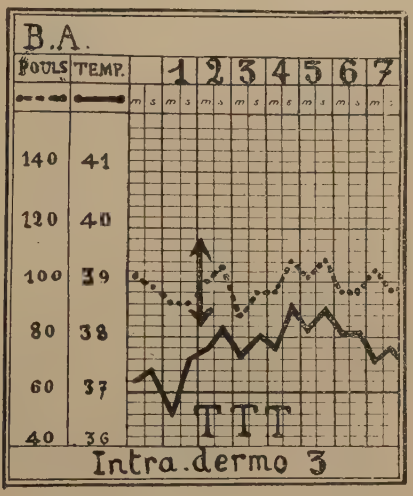
28 novembre à 19 h. : Hémorragie brusque, extrêmement abondante. Col perméable permettant de sentir le bord du placenta qui recouvre la moitié antérieure du col. Rupture large des membranes. L'hémorragie s'arrête. Mais le fœtus est en position transversale. Version par manœuvres mixtes.

29 novembre à 7 h. : Accouchement spontané d'un enfant vivant pesant 2.400. Immédiatement après la sortie de l'enfant : hémorragie abondante. Délivrance artificielle. Placenta très adhérent. Tamponnement au filtrat. Intra-dermo positive à 3. T. 37°8. P. 100, soir T. 38°2. P. 104.

2e jour : T. 37°6. P. 84. Bon état général. On fait un 2e tamponnement ; un prélèvement : streptocoque, staphylocoque cutis commune. Soir T. 38. P. 92.

3e jour : Matin T. 37°8. P. 100. 3e tamponnement. 2e prélèvement staphylocoque, cutis commune. Soir T. 38°7. P. 112.

4e jour : T. 38. P. 104. 4e tamponnement, 3e prélèvement. Staphylocoque. Etat général excellent.




Suites de couches normales. Sortie en excellent état le 25e jour.

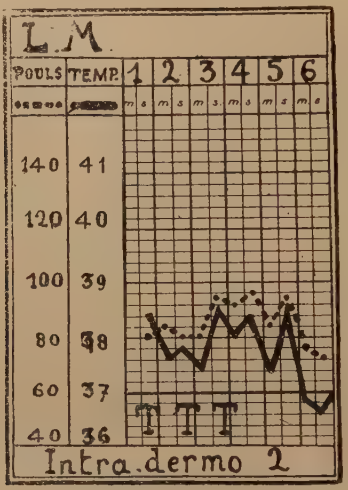
**Obs. 4.** — *Version par manœuvres internes. Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.*

L. M... Ve pare, 44 ans. Début du travail le 3 octobre à 4 heures. Rupture précoce de la poche des eaux à 10 heures. Douleurs très fréquentes. Est transportée à la maternité de St-Antoine à 15 heures. Utérus contracturé : pas de bruits du cœur. Dilatation grande paume. Coude et anse de cordon sans battements dans le vagin. T. 37°5.

Version podalique sous anesthésie. Extraction d'un enfant mort-né pesant 3.050. Délivrance artificielle. Revision utérine. Tamponnement au filtrat. Prélèvement. Bacille immobile Gram négatif. Intradermo-positive à 2. T. 38°2 après l'intervention.

2e jour : Matin T. 37°6. P. 80. Soir T. 37°8. P. 84. 2e tamponnement. 2e prélèvement montrant le même bacille.

3e jour : T. 37°4 P. 80. Soir T. 38°5. P. 92. 3e tamponnement. Bon état général.



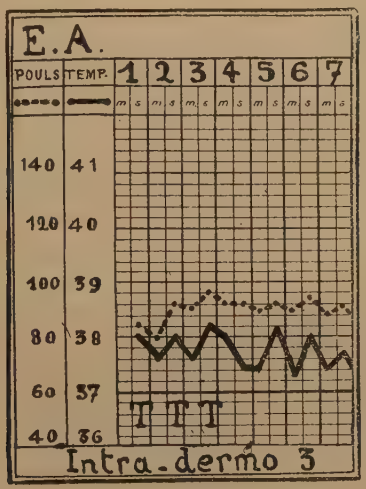

4e et 5e jour : La température vespérale monte encore à 38°6, mais le 6e jour le pouls et la température redeviennent normaux et la femme quitte le service en parfait état le 12e jour.

**Obs. 5.** — *Version par manœuvres internes. Tamponnement préventif. Guérison.*

E... A... XIe pare, 33 ans. Entre le 5 novembre à 16 heures à la maternité de St-Antoine Gestation à terme. Rupture prématurée des membranes une heure avant l'entrée. Examen : Utérus étendu dans le sens transversal. Col perméable. Pôle fœtal très élevé. Bruits du cœur bons. Le diagnostic reste en suspens.

Le 6 novembre à 13 heures : Bruits du cœur rapides. La

femme n'ayant pas eu de douleurs n'a pas été examinée On constate que la dilatation entre petite et grande paume laisse passer un coude et une anse de cordon animé de battements très rapides. Version par manœuvres internes sous anesthésie générale. Version prudente et lente à cause de la contracture utérine. Extraction d'un enfant mort-né pesant 2.700. 20 minutes après, délivrance naturelle et complète. Tamponnement intra-utérin au filtrat. Intra-dermo positive à 3.




Suites de couches à peine fébriles, la température ne dépassant pas 38°2. On pratique un 2e et un 3e tamponnement à 24 heures d'intervalle.

Des prélèvements ont été faits après chaque tamponnement.

1er prélèvement : Staphylocoque, streptocoque ;

2e prélèvement : Streptocoque et bacille Gram négatif ;

3e prélèvement : Bacille Gram négatif et staphylocoque.

Sortie le 14e jour en parfait état.

**Obs. 6.** — *Embryotomie rachidienne. Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.*

F..., II^e^ pare 34 ans. Gestation de 8 mois. Entre à la maternité de St-Antoine le 11 janvier 1926. Début du travail 12 heures avant. Utérus contracturé. Pas de bruits du cœur. Dilatation complète. Présentation de l'épaule. L'épaule gauche est profondément engagée. Il existe un début d'évolution spontanée expliquée par le petit volume du fœtus. On essaye de passer sans succès l'embryotome de de Ribemont-Dessaigne. Il est d'ailleurs extrêmement difficile de passer la main entre l'utérus contracturé et le fœtus bloqué dans la partie haute de l'excavation. On pratique alors l'ablation du bras procident pour se donner du jour. Perforation du thorax et éviscération. Section de la colonne vertébrale. On abaisse alors très facilement la moitié inférieure du fœtus, puis les épaules.

Manœuvre de Mauriceau sur tête dernière. Délivrance artificielle immédiate permettant de constater l'intégrité de l'utérus. Tamponnement au filtrat. Intradermo positive à 2.

1^er^ jour : T. 37°4. P. 80. Soir T. 37°4. P. 100. 2^e^ tamponnement. 1^er^ prélèvement : nombreuses colonies de streptocoque hémolytique. Bacille Gram négatif.

2^e^ jour : T. 37°4. P. 80. Soir T. 38°2. P. 94. 3^e^ tamponnement. 2^e^ prélèvement. Streptocoque moins abondant. Bacille Gram négatif.

3^e^ jour : T. 37°3. Suites de couches normales. Sortie en excellent état le 14^e^ jour.

**Obs. 7** — *Incisions du col. Forceps au détroit supérieur. Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.*

B .., III^e^ pare, 37 ans. Entre à la maternité de St Antoine le 13 janvier 1926 à 2 heures. Gestation à terme. Tête mobile au D. S. Petite paume. Membranes intactes.

A 4 h. : Rupture spontanée des membranes. Douleurs fréquentes.

A 19 h. : La dilatation est toujours de petite paume. Col œdématié, liquide teinté. Utérus contracturé. Bruits du cœur bons. Injection de 1 cg. de morphine.

A 22 h. : Dilatation grande paume. B. d. c. très lents. On fait 4 incisions du col. Forceps en O. I G. T. au D. S. Extraction facile d'un enfant vivant pesant 4.470. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle. Révision utérine. Suture des incisions du col. Tamponnement au filtrat. Intradermo positive à 3.

1er jour : T. 37°6. P. 84. Soir T. 37°4. P. 82. Très bon état. 2e tamponnement. Prélèvement : Streptocoque peu abondant. Bacille Gram négatif.

2e jour : Matin T. 37°4. P. 88. Soir T. 37°. P. 80. 3e tamponnement. 2e prélèvement montrant la même flore microbienne.

3e jour : Matin T. 38°. P. 100. Soir T. 37°6. P. 88. 4e tamponnement.

4e jour : T. 37°6. Soir 37°3. On enlève le 4e tamponnement. Etat général parfait Suites normales. La femme sort le 11e jour.

**Obs. 8.** — *Forceps. Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.*

G..., IIIe pare, 26 ans. Forceps en O. P. pour souffrance fœtale. Délivrance artificielle une heure après pour hémorragie de la délivrance. Délivrance difficile. Placenta très adhérent à la corne gauche. Tamponnement au filtrat. Intradermo positive à 2.

Soir T. 37°3. P. 120.

2e jour : T. 37°. P. 104. Soir T. 37°3. P. 108.

2e tamponnement. Prélèvement : Streptocoque peu abondant.

3e jour : T. 37°4. P. 100. Soir T. 38°2. P. 120.

Bon état général. 3e tamponnement. 2e prélèvement. Streptocoque très abondant. Bacille Gram négatif.

4e jour : T. normale. On enlève le 3e tamponnement ; un 3e prélèvement montre la même flore microbienne. Suites de couches normales. Sortie le 12e jour en très bon état.

**Obs. 9.** — *Forceps sur présentation de la face en mento-sacrée. Hémorragie de la délivrance. Tamponnement préventif. Guérison.*

F..., IIe pare, 24 ans, entre à la maternité de St-Antoine le 14 janvier 1926 à 18 h. Gestation à terme. Présentation de la face en M. I. D. P. Dilatation petite paume. Membranes rompues. B. d. c. bons.

21 h. : Dilatation presque complète. B. d. c. modifiés. Liquide teinté. Face bloquée en mento-sacrée.

Forceps en M. S. Rotation puis descente et dégagement difficile nécessitant 3 applications de forceps. Extraction d'un enfant mort-né pesant 3.950 présentant une grosse tumeur du cou. 30 minutes après, délivrance naturelle et complète. Inertie utérine. Hémorragie. Tamponnement au filtrat. Intradermo positive à 3.

1er jour : T. 37°4. P. 80. Soir T. 37°2. P. 94.

2e tamponnement. Prélèvement : Sreptocoque, staphylocoque.

2e jour : T. 36°8. P. 80. Soir T. 37°2. P. 88. Etat général parfait. 3e tamponnement. Involution utérine rapide. 2e prélèvement. Streptocoque, staphylocoque.

Du 3e au 6e jour la T. vespérale atteint 38°, puis retombe à 37°. Sortie de la femme le 9e jour en parfait état.

**Obs. 10.** — *Forceps. Délivrance artificielle. Tamponnement au filtrat. Guérison.*

Ch..., Ire pare, 24 ans, entré à Saint Antoine le 24 janvier 1925. Forceps dans l'excavation en OIGA pour souffrance

fœtale. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle. Tamponnement au filtrat.

2e jour. T. 37. P. 120, soir T. 37.8. P. 120.

On enlève le 1er tamponnement, n'ayant plus d'ampoules de filtrat, on ne peut faire un 2e tamponnement.

3e jour. T. 37.8. P. 120 soir T. 40. P. 140. Frissons. Céphalée, on fait alors un 2e tamponnement.

Dès le lendemain la température tombe à 39 le matin, à 38 le soir. Chute définitive de la température le 4e jour. Sortie guérie le 15e jour.

**Obs. 11.** – *Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.*

O. . IIIe pare. Accouchement spontané. Hémorragie importante de la délivrance. Délivrance artificielle très difficile par adhérences anormales du placenta. Tamponnement au filtrat. Intra-dermo faiblement positive à 1.

Soir T. 38. P. 110.

2e jour matin T. 37.8, P. 100, soir T. 38,5, P. 104.

Bon état 2e tamponnement. Prélèvement : Streptocoque hémolytique en abondance Nombreux bacilles Gram négatif, quelques staphylocoques.

3e jour. matin, T. 36 9, P. 90, soir T. 36,8, P. 84.

3e tamponnement. Cavité utérine encore très grande.

2e prélèvement Même flore microbienne.

4e jour. un frisson dans la matinée avec T. à 38.7 et P. à 120, soir T. 38, P. 110. 4e tamponnement.

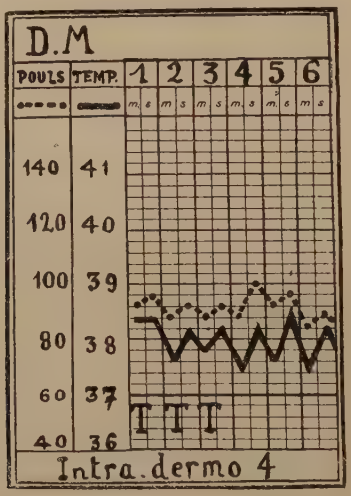
Etat général très bon.

5e jour. On enlève le 4e tamponnement. P. et T. normaux. Le prélèvement montre encore la présence de nombreux streptocoques.

Sortie le 13e jour en parfait état.

**Obs. 12.**— *Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.*

D. M... VII[e] pare, 36 ans. Accouchement spontané à terme le 22 novembre 1925. Une heure après, délivrance artificielle pour hémorragie. Placenta très adhérent sur la presque totalité de son étendue. Tamponnement au filtrat. Intradermo positive à 4, soir, T. 38.4, P. 90.




2[e] jour. Bon état. T. 37.5, P. 84, soir, T. 38.3, P. 90.

2[e] tamponnement. Prélèvement : streptocoque, quelques staphylocoques.

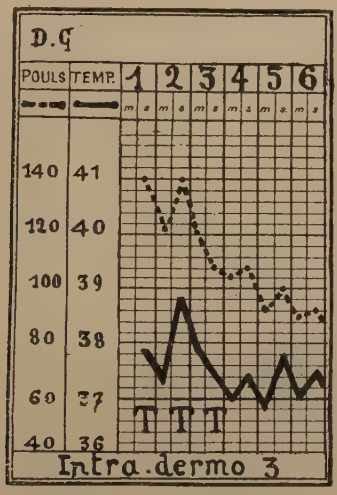
3[e] jour. T 37.8, soir, T. 38.2, 3[e] tamponnement.

2[e] prélèvement, streptocoque, et entérocoque

Involution utérine rapide. Suites de couches normales. La température oscille autour de 38 jusqu'au 6 jour pour retomber ensuite à la normale. Sortie le 15[e] jour.

**Obs. 13.** — *Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.*

D... G... III pare. Accouchement spontané à terme le 7 novembre. 40 minutes après délivrance artificielle pour hémorragie. Rétention totale de caduque. Tamponnement au filtrat. Intradermo positive à 3. soir, T. 37.8, P. 140.




2e jour. T. 37.3, P. 120, soir, T. 38.8, P. 140.

2e tamponnement.

Prélèvement. Culture pure de bacille de Friedlander.

3e jour : matin, T. 37.8, P. 120, soir, T. 37,4, P. 110.

3e tamponnement. Involution utérine rapide. 2e Prélèvement : Friedlander, quelques colonies de streptocoque.

4e jour. On enlève le 3e tamponnement.

Suites normales. Sortie le 12e jour.

**Obs. 14.** — *Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.*

B... I pare, 26 ans. Accouchement spontané à terme le 7 décembre 1925. 1 heure 1/2 après, délivrance artificielle pour hémorragie. Placenta assez adhérent

Tamponnement au filtrat. Soir, T. 38,9, P. 110.

2e jour. T 37.8, P. 96, soir, T. 38.6, P. 110. Bon état

2e tamponnement. Prélèvement. Bacille de Friedlander.

Intra-dermo faiblement positive à 1

3e et 4e jours. La température monte progressivement 39, 39 3, 39 6, 39 8 Avec un pouls restant entre 100 et 110. Bon état général. On a fait au cours de ces 2 jours un 3e et un 4e tamponnement

5e jour. Baisse de la température et du pouls. On enlève le 5e tamponnement. Une nouvelle intradermo est positive à 5. Les prélèvements après chaque tamponnement ont montré la présence de bacilles de Friedlander et l'absence de streptocoques. On note encore quelques oscillations dans les jours qui suivent à 38, 38 4, puis apyrexie. Sortie le 15e jour en parfait état.

**Obs. 15.** — *Extraction d'un cotylédon aberrant. Tamponnement préventif. Guérison.*

T., II pare, 20 ans. Accouchement spontané à terme le 18 janvier 1926 à 13 h. Enfant 3350. Une heure après délivrance naturelle et, paraît-il, complète, 360 gr.

Hémorragie de la délivrance peu abondante, continuant toute l'après midi, à 21 heures, l'examen du placenta montre la trace d'un gros cotylédon aberrant resté dans l'utérus. Révision utérine. Extraction d'un cotylédon pesant 100 grammes. Tamponnement au filtrat. Intradermo faiblement positive à 1. T. 37.6, P. 140.

2e jour. T. 37.6, P. 110, soir, T. 38.2, P. 120.

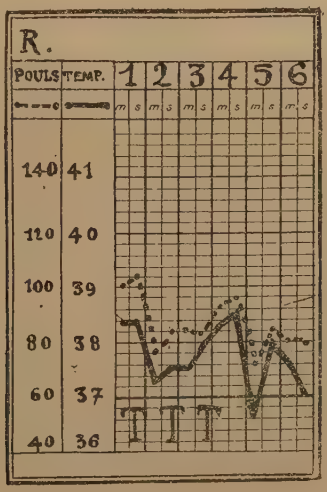
2e tamponnement. Prélèvement streptocoque, bacille de Friedlander.

2e jour. T. 37.4, P. 108, soir, T. 39.4, P. 124. Bon état général. 3e tamponnement.

4e jour. T. encore élevée, 39.2, P. 116. On fait un 4e tamponnement ; une hémoculture qui sera négative, un prélèvement qui montre la présence de streptocoque et de bacille de Friedlander, enfin une intradermo qui est un peu plus positive que la 1re à 2. Le soir la Température tombe à 38.3, le pouls à 110.

5e jour. Temp. 37.6, on enlève le 4e tamponnement. Suites normales. Sortie le 11e jour.

**Obs. 16.** — *Forceps, Délivrance artificielle. Tamponnement préventif. Guérison.*




R. III pare, 28 ans. Entre à la maternité de Saint Antoine, le 14 octobre à 6 heures. Début du travail le 13 octobre à Midi. Membranes rompues le 13 à 16 heures.

A l'entrée : Sommet en O.P. Bruits du cœur très modifiés. Liquide teinté. Pas de température.

Forceps en O.P. Enfant vivant 3550. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle. Tamponnement au filtrat. Soir, T. 38,3, P. 100. Bon état.

2e jour. T. 37.3, soir, 37.6, 2e tamponnement.

3e jour, T. 37.4, soir, 38. 3e tamponnement.

4e jour. T. 38.3, soir, 38.6.

5e jour. Chute de la température. Sortie guérie le 12e jour.

**Obs. 17.** — *Hémorragie de la délivrance. Tamponnement préventif. Guérison.*

T... I pare, 25 ans. Accouchement spontané à terme le 5 octobre. Délivrance naturelle et complète. Hémorragie de la délivrance ne cédant pas aux traitements habituels. Tamponnement intra-utérin hémostasique fait avec une bande imbibée de filtrat. Intradermo positive à 3.

2e jour : matin T. 37°2. P. 88. Soir T. 37°8. P. 94. 2e tamponnement.

3e jour : matin T. 37°3. P. 84. Soir T. 38. P. 90.

Prélèvement : quelques rares colonies de streptocoque. Bacilles Gram négatif très abondants.

4e jour : matin T. 37°4. P. 80. Soir T 38°5. P. 104.

Prélèvement. Bacille Gram négatif.

A partir du 5e jour, suites de couches complètement apyrétiques. Sortie le 18e jour.

## TAMPONNEMENTS CURATIFS PRÉCOCES

Le tamponnement curatif précoce consiste dans le pansement intra-utérin fait immédiatement après la délivrance dans les cas où il existe des signes d'infection in-utero.

Sa technique ne diffère nullement de celle du tamponnement préventif. Si on fait une injection intra-ovulaire on pourra la faire avec un antiseptique, mais l'injection intra-utérine devra être faite à l'eau stérilisée.

Nous avons pratiqué 7 fois ce tamponnement curatif précoce dans des cas d'infection particulièrement sévère avec 4 succès et 3 échecs.

Notons que dans presque tous ces cas, l'accouchement avait débuté depuis un temps plus ou moins long et les malades avaient été envoyées à l'hôpital en raison de l'impossibilité de terminer l'accouchement et des signes d'infection qu'elles présentaient.

1° Nos insuccès concernent :

1 cas de cranioclasie et d'embryotomie sur enfant mort depuis 36 heures.

2 cas de forceps et délivrance artificiellle.

2° Nos succès portent sur 4 cas :

2 cas de forceps faits après de nombreuses applications de forceps infructueuses pratiquées en ville ; et délivrance artificielle.

2 cas d'arrêt du travail avec infection in-utero.

**Insuccès.** — Nos insuccès n'ont pas été pour nous surprendre car dans 2 cas sur 3, l'hémoculture était positive au streptocoque le soir même de l'accouchement.

Il s'agissait de femmes transportées dans le service avec frissons, température, pouls rapide, membranes rompues, et notre traitement local est intervenu alors que la diffusion septicémique existait déjà.

Si pour la commodité de l'exposé, nous avons appelé ces cas précoces par rapport à la date de l'accouchement, il faut bien considérer qu'ils sont en réalité tardifs quant à l'infection

Dans notre 3e cas, la malade a succombé le 9e jour à une péritonite. Les membranes s'étaient rompues 8 heures avant l'application de forceps. Il existait déjà un peu de température (38°4). Enfin le 5e jour, les phénomènes fébriles persistant, il fut tenté un choc par radiothérapie profonde abdominale et cette thérapeutique peut, peut-être, être incriminée dans une certaine mesure dans l'étiologie de cette péritonite. L'hémoculture était restée constamment négative.

**Succès.** – Dans les cas favorables, la température est tombée dès le 2e ou 3e pansement de 38°5 à 40 à la normale. Les suites de couches se sont déroulées de façon très simple sans aucune complication d'ordre

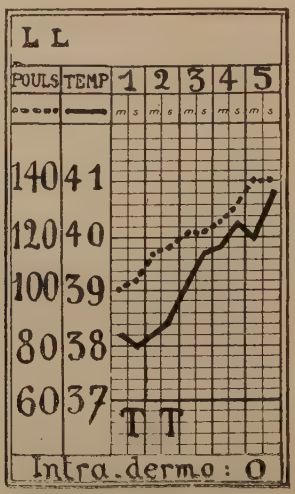
local ou général. L'involution utérine s'est faite rapidement. Les hémocultures pratiquées ont été négatives bien que les prélèvements intra-utérins aient montré dans 3 cas la présence de streptocoque. Les malades sont sorties en parfait état du 12e au 18e jour.

**Obs. 18.** — *Infection in-utéro. Forceps. Hémorragie de la délivrance. Tamponnement. Mort au 5e jour.*

L... L... I pare: 31 ans. Entre à la Maternité de St-Antoine le 23 décembre 1922 à 1 heure. Le travail a commencé le 22 décembre à 1 heure, les membranes se seraient rompues peu de temps après le début du travail. De nombreux touchers auraient été pratiqués. Une sage-femme a fait pousser la femme pendant plusieurs heures et a même pratiqué de l'expression abdominale. Examen à l'entrée : Malade dans un état d'épuisement extrême, ayant d'ailleurs perdu 3 fois connaissance chez elle. Dilatation entre petite et grande paume. Col violacé et œdematié. Bosse séro-sanguine dans l'excavation. Tête haute commençant à s'engager en O. I.G. T. Vulve œdematiée et congestionnée, éraillure du périnée. Contractions faibles et irrégulières. T. 37°6. P. 100.

A 9 heures. Dilatation presque complète. La tête s'engage un peu. Application de forceps en O. I. G. T. Extraction aisée d'un enfant vivant pesant 3630. Déchirure gauche du col allant jusqu'au cul-de-sac vaginal. Large épisiotomie pour début de déchirure périnéale. Déchirure étendue de la paroi postéro-latérale gauche du vagin. 1/2 heure après délivrance naturelle. Rétention de membranes. Hémorragie de la délivrance. Révision utérine. Arrêt de l'hémorragie. Suture au catgut des déchirures cervicale et vaginale. Crins sur l'épisiotomie. Tamponnement intra-utérin au filtrat. Intradermo absolument négative : 0. Soir : T. 38°. P. 120. Hémoculture qui se montrera positive en 16 heures : streptocoque.

2e jour : matin T. 38°. P. 100. Etat général toujours mauvais. On enlève la mèche intra-utérine. Il existe un sphacèle total du col de la paroi postérieure du vagin et du périnée. On fait immédiatement sauter les sutures mises 24 heures avant. On tente un 2e tamponnement en évitant que la mèche ne touche les parties sphacélées. L'utérus est très antéfléchi, les manœuvres que l'on pratique sont très douloureuses,




aussi ne peut-on introduire qu'une très petite quantité de mèche dans l'utérus, et que l'on coupe au ras du col.

Pansement au novarsenobenzol dans le vagin.

L'hémoculture est toujours positive : Streptocoque hémolytique.

Prélèvement : streptocoque hémolytique et bacille Gram négatif.

Soir : T. 38 4. P. 120.

3e jour : T. 39°2 P. 120. Agitation. On enlève la mèche. état gangréneux du col, du vagin, du périnée. Pansement au novar. 80 cc. sérum antigangréneux sous-cutané. Nouvelle

intrà-dermo toujours absolument négative. 2e hémoculture positive ou streptocoque.

4e et 5e jour : Ascension de la température et du pouls. Agitation. Délire. Mort le 5e jour, L'autopsie n'a pu être faite.

**Obs. 19.** — *Infection in-utero. Contracture utérine sur présentation du front Cranioclasie. Embryotomie. Tamponnement. Mort le 30e jour.*

P... XIIIe pare, 45 ans. Rupture prématurée des membranes le 27 décembre à midi La femme ne sent plus remuer au cours de la journée. Elle entre à la maternité de St-Antoine le 28 décembre à 15 heures, soit 25 heures après la rupture des membranes. Utérus très tendu et très volumineux. H. U. 47 cm. Tête en bas mobile. Bruits du cœur non perçus. Col perméable. Liquide vert. T 38°. P. 120.

A 15 heures début du travail ; les douleurs se succèdent régulièrement. Frissons au cours de l'après-midi.

19 heures : Dilatation petite paume. Présentation du front en N. I. G. A. fixée au D. S. Contractions très fréquentes.

21 heures : Contractions subintrantes, utérus contracturé, la dilatation ne progresse pas. 1 cg. de morphine.

23 heures : même dilatation, même degre de contracture. 1 cg. de morphine. Les douleurs deviennent moins fréquentes, l'utérus se relâche entre les douleurs.

Le 28 décembre à 3 heures. Dilatation grande paume. Anesthésie au chloroforme. Cranioclasie sur front en N. I. G. A. au D. S. Tête facilement extraite ; mais il est absolument impossible d'extraire les épaules ni d'abaisser les bras. Section du bras postérieur. Section de la clavicule antérieure. Extraction d'un enfant pesant 5000 grammes et présentant un début de macération. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle. Tamponnement intra-utérin au filtrat. Intra-dermo très faiblement positive : 1/2.

1er jour : à 9 heures. T. 38°9. P. 100. Mauvais état géné-

ral. On fait une hémoculture qui sera positive en 48 heures montrant déjà la présence dans le sang de streptocoque hémolyptique. Soir T. 37°8. P. 96.

2e jour : matin T. 38°9. P. 100. Malade très fatiguée. Ictère probablement chloroformique. On fait un 2e tamponnement un prélèvement : streptocoque très abondant. Friedlander en petite quantité. Soir T. 40°. P. 120. Céphalée.

3e jour : matin T. 38°. P. 92. On fait un 3e tamponnement un 2e prélèvement : streptocoque et Friedlander. Soir T. 38°9. P. 100.

4e jour : matin T. 37°3. P. 84. Bon état général. On enlève le 3e tamponnement. Soir T. 38°5. P. 100.

Dans les jours qui suivent la température oscille entre 38° et 38°5. Un frisson au 6e jour avec 40°. Apparition d'une très vive douleur dans la fesse droite sans signes de localisation

Intra-dermo toujours très faiblement positive. Etat général mauvais. Escharres, incontinence d'urine. La douleur de la fesse droite persiste. Temp. oscillant entre 38° et 39°5. Pouls entre 100 et 120.

Le 24e jour apparition d'une tuméfaction profonde de la fesse droite. La ponction ramène du pus contenant des chaînettes de streptocoque. Incision d'un abcès profond, sous les fessiers au contact de l'articulation sacro-iliaque.

Chute temporaire de la température qui remonte bientôt à 39°. Une hémoculture est positive au streptocoque.

Mort le 30e jour des suites de couches.

Autopsie presque négative ; une seule localisation : l'abcès de la fesse.

**Obs. 20.** — *Forceps sur présentation du front pour menace de rupture utérine. Hémorragie de la délivrance. Tamponnement. Radiothérapie. Mort le 9e jour de péritonite.*

M..., II pare, 1er accouchement normal. Est envoyée à la Maternité de St-Antoine le 24. 1. 26 à 23 heures, pour non

progression de la tête fœtale. Membranes rompues depuis 5 heures. Examen d'entrée : Dilatation entre petite et grande paume. Présentation du front au D. S. Contractions régulières. Femme très amaigrie, dans un état de fatigue extrême et de misère physiologique.

T. 38°4. P. 110. Le 25 à 2 heures contracture et distension énorme du segment inférieur. Dilatation complète.

Forceps au D. S. sur front en N. I. G. A. Enfant vivant pesant 3.450. Délivrance naturelle immédiate. Hémorragie de la délivrance. Revision utérine. Tamponnement au filtrat. Intradermo négative : 0.

Soir T. 38°4. P. 110.

2e jour : T. 37°4. P. 100 Soir T. 39°. P. 120. Etat général toujours très médiocre 2e tamponnement. Prélèvement : Rares streptocoques. Cutis commune. Hémoculture négative.

3e jour : T. 38°6. P. 120. Soir T. 39°. P. 120. 3e tamponnement. 2e prélèvement streptocoque. Staphylocoque, cutis commune. Mauvais état général. Ventre souple indolore.

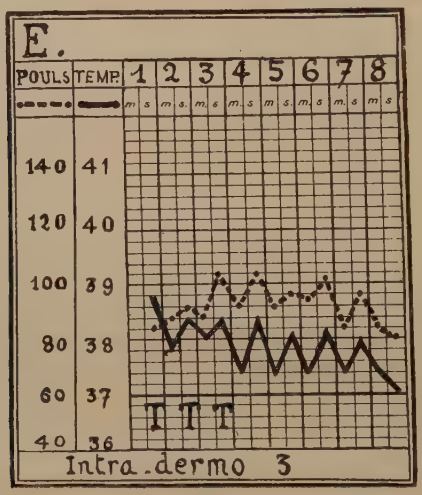
4e jour : On enlève le 3e tamponnement T. élevée 39°8, 40°. P. 130. Hémoculture négative. Intradermo toujours négative.

Un essai de traitement par une radiothérapie profonde au niveau de l'utérus n'est suivie d'aucune amélioration. Au contraire des signes abdominaux surviennent : douleur, diarrhée, puis agitation, pouls à 130. Mort le 9e jour. Autopsie : Péritonite généralisée. Annexes un peu grosses. Il n'a pas été pratiqué d'examen bactériologique du pus trouvé dans le péritoine.

**Obs. 21.** — *Nombreuses tentatives d'application de forceps. Délivrance artificielle. Tamponnement. Guérison.*

E..., I pare, 26 ans. Rupture prématurée des membranes le 1er octobre à 5 heures. Début du travail 1 heure après. Di-

latation complète à 12 heures. Plusieurs tentatives d'extraction de l'enfant à l'aide du forceps ont échoué ; d'abord sans anesthésie, puis sous anesthésie par un 2e médecin. La femme est transportée à la maternité de St-Antoine où elle arrive à 16 heures.




T. 38°7. Application de forceps en O. I. G. A. dans la partie haute de l'excavation. Extraction d'un enfant pesant 3.700. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle. Tamponnement au filtrat.

2e jour : matin T. 37°8. Soir T. 38°4. P. 90, Bon état 2e tamponnement. Intradermo positive à 3.

Prélèvement : Bacille Gram négatif.

3e jour ; matin T. 38°. Soir T, 38°4. P. 100 3e tamponnement 2e prélèvement : Bacille Gram négatif.

Du 4e au 8e jour. T. 37°5, 38°.

Chute définitive de la température et du pouls le 8e jour. Sortie en excellent état le 18e jour.

**Obs. 22.** — *Nombreuses applications de forceps, avec arrachement partiel du col. Délivrance artificielle. Tamponnement. Guérison.*

M. . ., I pare, ans. Gestation à terme. Entre en travail le 21 décembre à 21 heures. Subit chez elle plusieurs tentatives infructueuses d'application de forceps.

Entre à la maternité de St-Antoine le 23 décembre à minuit soit 51 heures après le début du travail.

T. 38°4. P. 110, Sommet en O. I G. A. Fracture du pariétal gauche. Dilatation presque complète avec déchirure importante de la lèvre antérieure du col. Amorce de déchirure périnéale. Utérus contracturé. Pas de bruits du cœur.

Anesthésie générale au chloroforme. Forceps en O. I. G. A.

Extraction de la tête après épisiotomie. Difficulté pour extraire les épaules à cause de la rétraction utérine.

Abaissement du bras postérieur, puis du bras antérieur.

Extraction d'une fille mort-née pesant 3.850.

Immédiatement après hémorragie importante de la délivrance. Délivrance artificielle. Rétention partielle de caduque. On résèque la lèvre antérieure du col presque complètement détachée Révision utérine.

Tamponnement au filtrat.

Il existe une déchirure vaginale importante se prolongeant sur le périnée et longeant le rectum à droite. Suture périnéale crins et catgut.

Intradermo positive à 3.

Le 1er jour : matin T. 38°. P. 84. Soir T. 38. P. 90.

2e tamponnement. Prélèvement. Streptocoque Bacille Gram.

2e jour : Très bon état général. T. 38°3. P. 94. On enlève le 2 tamponnement. Début de sphacèle du vagin et du périnée. On ne refait pas de 3e tamponnement ; on fait sauter tous les point de suture et on met un pansement à la glycérine-novarsenobenzol.

Dans les jours qui suivent la température s'élève et oscille entre 38°5 et 39°5. Pouls à 120. Ces signes étant certainement conditionnés par les lésions vagino-périnéales. L'état général est excellent.

Le ventre souple. La température revient à la normale le 8e jour.

La femme sort le 35e jour, sa sortie ayant été retardée par la cicatrisation des lésions périnéales.

**Obs. 23** — *Infection in utero. Tamponnement. Guérison.*

D..., VIIe pare. Entre à la maternité de St-Antoine le 8 décembre 1925 à 18 heures : gestation de 8 mois environ. Tête élevée. Bruits du cœur rapides. Rupture prématurée des membranes il y a 2 jours. Dilatation 5 francs. Liquide teinté et fétide. T. 40. P. 120.

20 heures. Accouchement spontané. Fille vivante pesant 2.650. Après la sorfie de l'enfant s'écoule un liquide d'une fétidité extrême. 40 minutes après délivrance naturelle et complète. Immédiatement après, on fait un prélèvement qui montre : streptocoque, staphylocoque. Bacille Gram négatif.

Après une injection d'eau stérilisée, on fait un tamponnement intra-utérin au filtrat ; une intra dermo positive à 4.

Le lendemain, état général meilleur, matin et soir. T. 38°6. P. 100. On fait un 2e tamponnement.

Le 2e jour : matin T. 37°5. P. 78. Soir T. 38°. P. 82. 3e tamponnement.

3e jour : matin T. 37°3. P. 80. Soir T. 38°. P. 84.

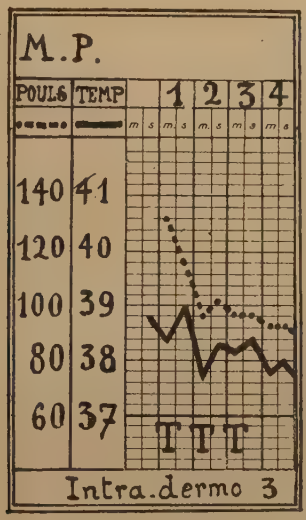
4e tamponnement. Etat général et local parfait.

Des prélèvements ont été faits après chaque tamponnement ; ils ont tous montré la même flore microbienne que lors du 1er prélèvement.

La malade sort en excellent état le 10e jour.

**Obs. 24.** — *Infection In utero. Délivrance artificielle tamponnement. Guérison.*

M..., VI[e] pare. Entrée à St-Antoine le 1[er] janvier 1926 à 21 heures avec le diagnostic suivant : Gestation à terme. Rupture prématurée des membranes 24 heures avant. Col déhiscent. Liquide teinté. Tête élevée. T. 37°8. Douleurs assez fréquentes.




2 janvier à 23 heures : T. 38°7. P. 110. Liquide fétide. Aucune modification du côté du col. Pose d'un ballon de Champetier ; à 2 h. 30 expulsion du ballon, dilatation presque complète ; à 3 h. naissance d'un enfant vivant pesant 3.100 ; à 7 h. délivrance artificielle pour non décollement du placenta. Délivrance difficile, placenta enchâtonné dans la corne droite. Injection intra-utérine à l'eau stérilisée. Tamponnement au filtrat. Intradermo positive tardivement (0 au bout de 24 h., 3 après 48 h.) à 9 h. T. 38°4. P. 130. Soir T. 39. P. 136.

2[e] jour : T. 37°6. P. 90. Bon état. On fait un 2[e] tamponne-

ment et un prélèvement qui montre la présence de cutis commune et de staphylocoques. Soir T. 38°2. P. 100.

3e jour : Matin T. 38°1. P. 94. 3e tamponnement. Soir T. 38°4. P. 94. Etat général excellent.

4e jour : T. 37°8. 38. On enlève le 3e tamponnement.

5e jour : T. 37°. 37°2. P. 72.

Sortie le 15e jour en parfait état.

## TAMPONNEMENTS CURATIFS SECONDAIRES

Ce sont les pansements pratiqués dans les cas d'infection puerpérale des premiers jours du post partum. Ces tamponnements doivent être faits aussi précocement que possible dès la première élévation de température ou mieux dès la première élévation de pouls qui précède souvent l'ascension thermique.

Ils sont laissés 24 heures en place, renouvelés 3 fois et parfois 4 ou 5 si cela est nécessaire. Dans la majorité des cas 3 pansements suffisent ; mais il est bon d'aller jusqu'au 3e pansement même si l'apyrexie a été obtenue après le 1er ou le 2e. Les mèches enlevées après 24 heures sont d'odeur fétide, odeur parfois plus marquée qu'après les tamponnements préventifs.

Le plus souvent les pansements intra-utérins ont été commencés les 3e ou 4e jours. Ils ont d'ailleurs d'autant plus de chances d'agir qu'ils ont été faits plus précocement. Plus encore que dans les tamponnements préventifs on devra s'abstenir de traumatiser la muqueuse en plaçant la mèche.

Nous avons employé les tamponnements curatifs dans 31 cas.

**1° 4 cas à hémoculture positive au streptocoque hémolytique où les pansements ont amené la guérison.**

**2° 27 cas d'infection grave post partum, presque toutes à streptocoque et qui toutes ont guéri.**

La température tombe généralement après 2 ou 3 pansements en même temps que l'état général devient nettement meilleur. Les complications périutérines sont extrêmement rares et nous ont même semblé beaucoup moins fréquentes que lorsque l'on n'avait pas fait de tamponnement.

Dans un cas nous avons eu 2 petites embolies dues probablement à une thrombo-phlébite utérine.

Nous voyons donc en résumé que ce pansement curatif secondaire nous a toujours donné des résultats excellents, et a même amené la guérison dans des cas où le streptocoque était déjà passé dans le sang. Rappelons encore une fois que ce pansement n'a des chances d'être efficace que s'il est fait très précocement.

**Obs. 25.** *Septicémie. Scarlatine puerpérale. Tamponnement au 3e jour. Guérison.*

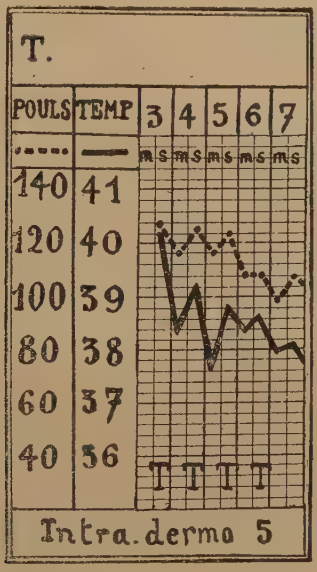
T..., IIIe pare. Accouchement spontané à terme, fait en ville par une sage femme, le 24 janvier 1926. L'accouchement se serait passé assez rapidement, de façon normale. La délivrance sortie spontanément aurait été déclarée complète. Dès le lendemain la femme ressent des frissons. Le surlendemain, 26 janvier, température à 40. Agitation. Frissons répétés.

Le 27 après-midi, 3 jours après l'accouchement, la malade est transportée à la Maternité de St-Antoine.

Examen à l'entrée : tableau typique de septicémie puerpé-

rale. T. à 40°2. P. 128. Agitation. Subdélire. Frissons fréquents. Eruption scarlatiniforme étendue à l'abdomen et au thorax. Ventre souple. Utérus à l'ombilic, non douloureux.

On pratique une révision utérine manuelle sous anesthésie ; l'utérus est vide, la paroi lisse. Immédiatement après, on fait un tamponnement intra-utérin au filtrat.




Il est pratiqué en même temps :

Une hémoculture qui se montre positive en 12 heures : streptocoque hémolytique.

Un prélèvement de lochies : streptocoque en culture pure.

Une intradermo qui sera fortement positive : 5.

4e jour Matin. T. 38°5. P. 116. Etat général meilleur ; les frissons n'ont pas reparu. L'éruption scarlatiniforme n'a pas augmenté. Soir. T. 39. P. 124. 2e tamponnement.

2e prélèvement : streptocoque très abondant. Colibacille.

5e jour. Matin. T. 37°8. P. 116. Amélioration très nette. Malade calme. Soir. T. 38°8 P. 124. 3e tamponnement.

3e prélèvement : streptocoque moins abondant. Colibacille. Staphylocoque blanc et doré. Une 2e hémoculture se montre négative.

6e jour : Matin. T. 38°4. P. 110, très bon état, l'éruption scarlatiniforme a à peu près disparu. Soir. T. 110, 4e tamponnement. 4e prélèvement : flore microbienne encore plus abondante : streptocoque rare, colibacille, staphylocoque, cutis commune.

7e jour : T. 38, P. 100. Tous les signes de septicémie ont disparu ; la température tombe à la normale dans les jours qui suivent. Le pouls est à 80. L'intradermo reste très positive : 4.

La femme sort guérie le 11e jour après son entrée, 14 jours après l'accouchement.

**Obs. 26.** — *Septicémie. Tamponnement au 5e jour. Guérison.*

V... F..., IIIe pare. Accouchement spontané, normal le 1er octobre. Délivrance naturelle et complète une heure après l'accouchement. Apyrexie pendant les 4 premiers jours des suites de couches.

Le 5e jour : T. 38°4. P. 90. Soir. T. 39°6. P. 110. Céphalée, frissons. Ventre souple, lochies abondantes et fétides.

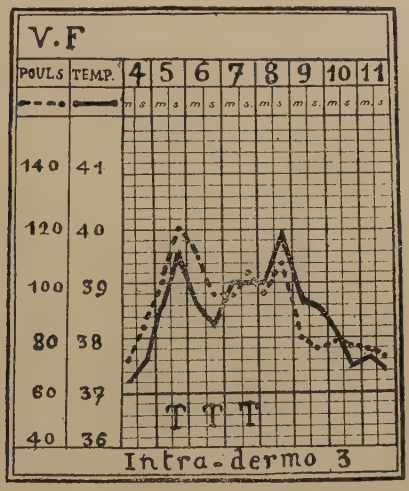
On pratique :

Un tamponnement au filtrat ; une hémoculture qui montre en 24 heures la présence de streptocoque hémolytique ; une intradermo positive à 3 ; un prélèvement : streptocoques nombreux. Quelques staphylocoques.

6e jour : T. 39°3 le matin. 38°2 le soir ; l'état général est meilleur. 2e tamponnement.

7e jour : la température remonte à 39, matin et soir P. 110. On refait un 3e tamponnement.

8e jour : T. 39 Soir 40. bon état général ; une nouvelle hémoculture se montre négative.




L'amélioration se manifeste dès le lendemain. En 3 jours la température redescend à la normale et la femme sort guérie le 16e jour.

**Obs. 27.** — *Septicémie avec éruption scarlatiniforme. Tamponnement au 3e jour. Guérison.*

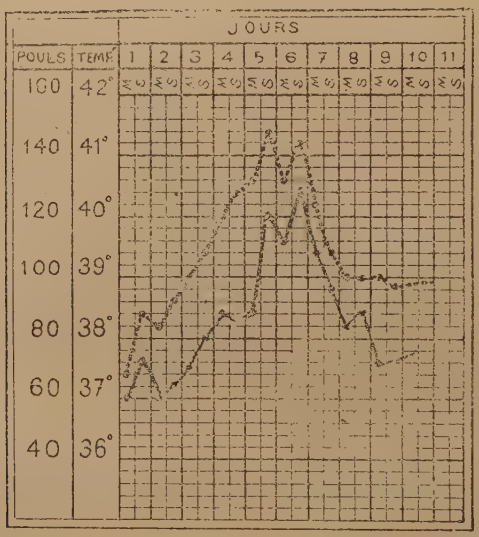
(Obs. due à l'obligéance de MM. Lévy-Solal et Simard).

Ire pare, 28 ans. Accouchement spontané en 14 heures, enfant vivant. 1er et 2e jours. Pouls et température normaux.

Le 3e jour apparaît une éruption scarlatiniforme qui se généralise (éruption identique à celle présentée par une autre parturiente morte d'infection puerpérale quelques jours avant dans le même milieu et que M. le Pr agrégé Lévy-Solal avait été appelé à voir in extremis). La température n'est qu'à 38°5 mais le pouls bat à 120. Une hémoculture prati-

quée à ce moment est déjà positive au streptocoque hémolytique. Le soir la température est à 40, le pouls à 160. On pratique un 1er tamponnement.

4e jour : T. 39°5. P. 130. Soir 40°5. P. 140. On pratique un 2e tamponnement.



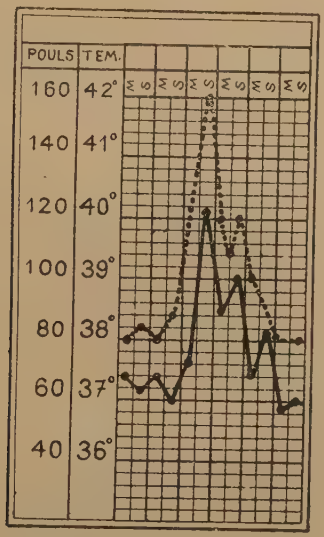

5e jour : T. 39°2. P. 124. Soir T. 38°8. P. 110. 3e tamponnement. Etat général meilleur. Une 2e hémoculture est négative.

6e jour : Chute à la normale de la température et du pouls.

Phlébite au 15e jour ; avant son apparition une 3e hémoculture positive montre un streptocoque dont la virulence est atténuée. Abcès multiples. Incisions. Lever 60e jour. Bonne convalescence. Guérison.

**Obs. 28.** — *Septicémie post partum. Tamponnement au 3e jour. Guérison.*

I pare. 27 ans. Infirmière. Accouchement spontané le 12 mars. Délivrance naturelle et complète.




Apyrexie pendant les 2 premiers jours. Le soir du 3e jour T. 40°1. P. 160. Trémulation. Subdélire. Frissons. On fait :

Une hémoculture : positive en 12 heures au streptocoque hémolytique.

Un prélèvement : streptocoque en culture pure.

Un tamponnement au filtrat.

4e jour : Matin T. 38°5. P. 110. Soir T. 39°. P. 120. Amélioration de l'état général. 2e tamponnement. 2e prélèvement. Streptocoque. Cutis commune.

5e jour : Matin T. 37°5. P. 100. Soir T. 38°2. P. 100.

3e tamponnement. 2e hémoculture négative.

6e jour : T. 36°8. P. 80. Suites normales. Lever au 18e jour ; quitte l'hôpital en excellent état.

**Obs. 29.** — *Infection grave post partum. Paratyphique A dans le sang. Tamponnement. Guérison.*

C... I pare, 31 ans. Rétrécissement mitral avec tachy arythmie et dyspnée. Accouchement prématuré spontané au terme de 8 mois. Forceps en O I G. A. Enfant vivant. Délivrance naturelle et complète.

3 jours d'apyrexie.

4e jour : Matin T. 39°2. P. 110. Frissons, mais bon état général. Soir 40°6. P. 130. On fait un tamponnement, une intradermoréaction : faiblement positive à 1.

Prélèvement : Bacille de Friedlander. Hémoculture positive en 24 heures : présence d'un bacille Gram — mobile que les différents procédés d'identification ont permis de reconnaître pour un paratyphique A.

5e jour : Matin T. 39°4. P. 120. Soir T. 40. P. 124 ; on refait un 2e tamponnement, un 2e prélèvement qui montre encore du bacille de Friedlander. Etat général assez bon.

6e jour : Chute brusque de la température ; amélioration considérable de l'état général. Soir T. 38°7. P. 110. On fait un 3e tamponnement.

La température retombe à la normale, le pouls toujours rapide à 100 est en rapport avec la lésion cardiaque. Au 12e jour, réascension brusque de la température à 39°-40° avec douleur et empâtement dans le cul-de-sac gauche ; tous ces phénomènes cèdent en 24 heures à une injection de Propidon. Sort guérie le 25e jour.

**Obs. 30.** — *Infection grave post partum. Bacille typhique dans le sang. Tamponnements. Guérison.*

B... I pare, 26 ans. Accouchement spontané le 29 nov. 1925. Délivrance naturelle et complète.

2e jour : Soir 38° ; 3e jour : matin T. 38°4. P. 100. Soir 39°6. P. 110 Malaise général sans frissons. Céphalée. Utérus non douloureux. Ventre souple. On fait un prélèvement :

cutis commune ; une intradermo positive à 2 ; une hémoculture positive en 36 heures montrant un bacille Gram, — très mobile que les différents procédés d'identification ont permis de reconnaître pour un bacille typhique.

4e jour : Amélioration de l'état général. Matin T. 38°8. P. 104. Soir T. 38°6. P. 104. 2e tamponnement. 2e prélèvement. Streptocoque peu abondant. Staphylocoque cutis commune.

5e jour : Matin T. 38°4. P. 90. Un peu d'agitation ; petits frissons. Soir T. 40. P. 110. 3e tamponnement. 2e hémoculture qui elle sera négative. 3e prélèvement : cutis commune.

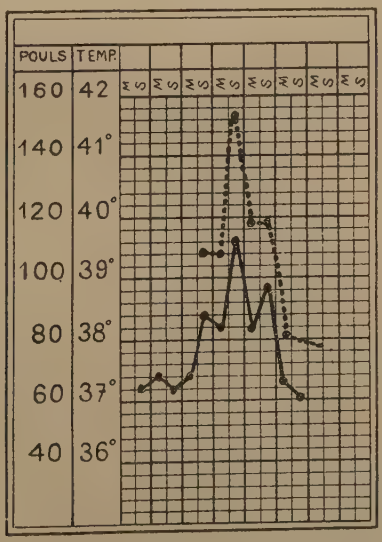
6e jour : Matin T. 38°4. Soir 38°8. Amélioration.

4e prélèvement : cutis commune.

Chute de la température dans les jours qui suivent.

Sortie le 12e jour en parfait état.

**Obs. 31.** — *Infection grave post partum. Tamponnement curatif secondaire au 4e jour. Guérison.*




Obs. due à l'obligeance de M. le Dr Sellet. Appelé à voir

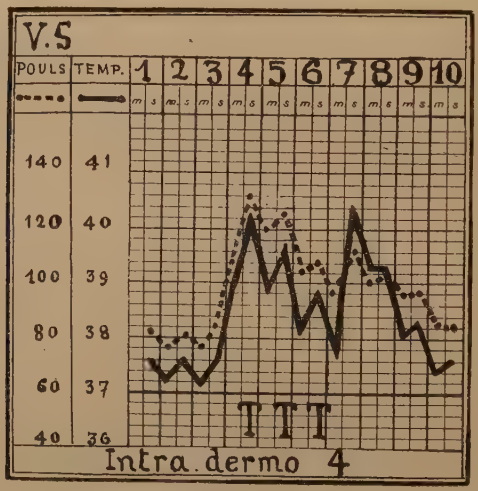
en consultation une primipare qui, le 3e jour de l'accouchement, a présenté des frissons avec T. à 38°5.

4e jour : T. 38°3. Soir 39°7. Pouls petit, rapide, irrégulier, dissocié ; teint terreux, traits tirés, mauvais état général. On pratique un 1er tamponnement.

5e jour : T. 38°1. P. 120 régulier. Soir T. 38°9. P. 124. 2e tamponnement.

6e jour : T. 37°3. P. 100. Soir T. 37°1. P. 88. Suites normales.

**Obs 32.** *Infection grave post partum. Tamponnement curatif secondaire au 4e jour. Guérison.*




V. S., I pare, 39 ans. Accouchement spontané à terme le 23 février. 50 minutes après délivrance naturelle, membranes déchirées paraissant complètes. Apyrexie pendant 3 jours.

4e jour : T. 39°. P. 110, céphalée, frissons. Soir T. 40 2. P. 112. On fait une hémoculture qui sera négative.

Une intradermo : très positive 4.

Un prélèvement streptocoque en culture pure.

Un 1er tamponnement.

5e jour : Matin T. 39. P. 96. Soir T. 39°7. P. 100.

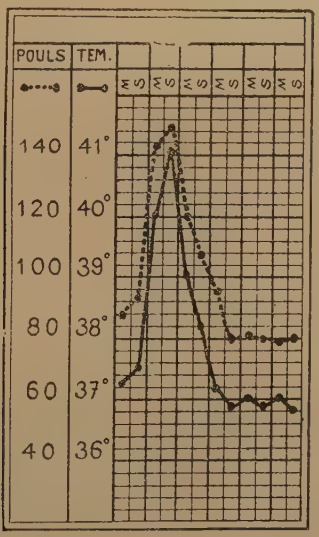
2e tamponnement. 2e prélèvement : streptocoque, cutis commune

6e jour : T. 38°2. Soir T. 38 8. Pouls calme. 3e tamponnement. 3e prélèvement : streptocoque et cutis commune.

7e jour : Réascension de la température à 40°, expliquée par une bronchite bilatérale. La fièvre tombe en 48 heures. La femme sort en excellent état le 13e jour.

**Obs. 33.** – *Infection grave post partum. Tamponnement curatif secondaire au 2e jour. Guérison.*

(Obs. due à l'obligeance de M. le Pr agrégé Lévy-Solal).




P... II pare, 35 ans. Utérus fibromateux. 3 mai : Forceps en O. P. pour souffrance fœtale. D. N. C. une heure après.

6 mai : Matin T. 37°3. P. 84. Soir T. 37°5. P. 88. Dans la nuit : frissons, agitation.

7 mai : Matin T. 40°. P. 140. Traits tirés, nouveau frisson. Utérus au niveau de l'ombilic, médian ; écoulement de lochies sans odeur. Soir T. 41. Pouls petit, rapide 154. Frisson. Pansement intra-utérin après révision préalable qui ne montre aucun débris placentaire ni membraneux. A 2 heures du matin, violent frisson, pouls incomptable ; huile camphrée 20 cc.

8 mai : Matin T. 39°. P. 120, bien frappé. Etat général nettement meilleur. Il n'y a pas eu de nouveau frisson. Urticaire généralisé. Le soir T. 38°2. P. 110. On fait un 2e tamponnement. La malade a pu dormir sans agitation.

9 mai : T. 37°2. P. 98. Nouvelle poussée d'urticaire généralisée ; goût de bouillon. Soir T. 36°9. P. 88. 3e pansement.

10 mai : T. 36°9. P. 80. Suites absolument normales. Lever au 20e jour en excellent état.

**Obs. 34.** — (*Communication Lévy-Solal, Simard et Leloup*) publiée *in extenso* dans le *Bulletin de la Société de Biologie*, 23 février 1924).

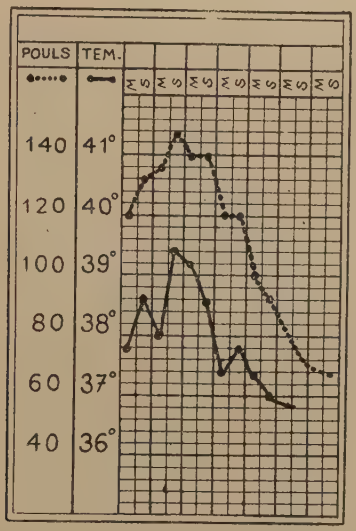
*Infection grave post partum. Tamponnement curatif au 2e jour. Guérison.*

G... I pare. Rupture prématurée des membranes. Accouchement prolongé dystocique terminé par une application de forceps haute dans l'excavation. Délivrance artificielle. T. 37°9. P. 120.

2e jour : T. 38. P. 135. Soir T. 39°4. P. 144, petit, filant, intermittent. M. le Pr agrégé Lévy-Solal est appelé à voir la malade dans ces circonstances. Examen des lochies : streptocoque hémolytique. Hémoculture négative. Pansement au filtrat.

3e jour : T. 39°2. P. 140. Soir T. 38°6. P. 140. 2e tamponnement.

4e jour : T. 37°5. P. 120. Soir T. 37°9. P. 120. On enlève le 2e tamponnement.




7e jour : Température et pouls normaux. Suites normales.

**Obs. 35.** — *Infection grave du travail. Tamponnement curatif au 3e jour. Guérison.*

(Recueillie dans le service de M. le Pr Couvelaire).

IV pare. Accouchement spontané ayant duré 5 jours. Mort du fœtus et infection in utéro. Contracture utérine, frissons avec T. à 41 et P. à 140. L'accouchement s'effectue après pose d'un ballon. Enfant mort avec début de putréfaction. Liquide fétide avec bulles de gaz. Délivrance artificielle pour hémorragie le 1er mars à 19 h.

1er jour : Ballonnement et douleur abdominale généralisée. Matin T. 37°. P. 96. Soir T. 38°4. P. 110.

2e jour : Utérus douloureux ; col grisâtre, déchiqueté.

Issue de gaz par l'utérus. Matin T. 38°. P. 90. Soir T. 38°9. P. 100. On pratique un 1er tamponnement intra utérin au filtrat.

3e jour : T. 37°. P. 90. On enlève le tamponnement, absence de gaz. Fond utérin à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, indolore, consistance normale, lochies peu odorantes. Soir T. 39°4. P. 96.

4e jour : Matin T. 38°. P. 84, à midi frisson 2e tamponnement, excoriations vaginales et cervicales en bon état, roses, saignantes. Soir T. 39°4. P. 92.

5e jour : Matin T. 38°2. P. 86. On retire le 2e tamponnement. Soir T. 38°4. P. 90.

Dans les jours qui suivent, chute définitive de la température et du pouls.

**Obs. 36.** — *Infection post partum. Revision utérine. Tamponnement curatif au 3e jour. Guérison.*

G... I pare, 22 ans. Acc. prématuré de 6 mois 1/2.

Membranes déchirées incomplètes. Face utérine douteuse.

3e jour : Soir T. 39° P. 140. Révision de la cavité utérine permettant de retirer un petit fragment placentaire et des membranes Pansement au filtrat.

Prélèvement qui montre l'absence de streptocoques et la présence de colibacilles. Hémoculture négative.

4e jour : T. 37°8. P. 100. Soir T. 38°4. P. 110 2e tamponnement. 2e prélèvement montrant les mêmes germes.

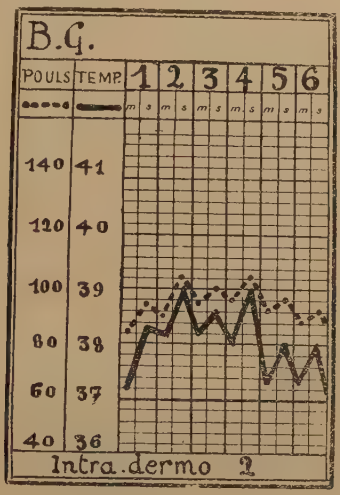
5e jour : Chute de la température Sortie de la femme au 14e jour, en excellent état.

**Obs. 37.** — *Infection post partum. Tamponnement au 3e jour. Guérison.*

B .. II pare, 33 ans. Rupture prématurée des membranes le 10 mai. Le 14 mai : accouchement spontané ; 3 heures après

délivrance artificielle pour non décollement du placenta et hémorragie légère. Le soir de l'accouchement : T. 38°2.

Le 2e jour : Matin T. 38°1 P. 90. Soir T. 39°. P. 104. Malade agitée ; on fait un prélèvement : streptocoque en culture pure, une hémoculture négative, une intradermo positive à 2. Enfin un 1er pansement au filtrat.




3e jour : Malade beaucoup plus calme. Ventre souple. Matin T. 38°2. Soir 38°6. On fait un 2e tamponnement, un 2e prélèvement : Streptocoque, staphylocoque, petit bacille Gram négatif.

4e jour : Matin T. 38°. Soir 39°. 3e tamponnement, 3e prélèvement qui montre la même flore microbienne.

5e jour : Chute de la température ; on enlève le 3e tamponnement.

Dans les jours qui suivent : lochies assez fétides, amélioration. Sortie le 21e jour en bon état.

**Obs. 38.** — *Infection post-partum. Tamponnement au 5e jour. Guérison.*

M..., I pare, 18 ans. Accouchement spontané à terme le 29 octobre 1925. Délivrance naturelle et complète 40 minutes après. Apyrexie pendant 4 jours.

5e jour : Soir T. 38°7. P. 100. Céphalée. On fait : un tamponnement ; un prélèvement : streptocoque, staphylocoque, une intra-dermo-réaction positive à 4, une hémoculture négative.

6e jour : Matin T. 37°9. P. 120. Soir T. 38°5. P. 116. Amélioration de l'état général. On fait un 2e tamponnement ; un 2e prélèvement streptocoque, entérocoque.

7e jour : Matin T. 37°3, soir T. 38°2. 3e tamponnement. Apyrexie. Sortie le 12e jour.

**Obs. 39.** — *Infection post-partum. Tamponnement curatif au 2e jour. Guérison.*

B..., I pare, 20 ans. Accouchement spontané le 17 octobre 1925 de 2 jumeaux. 1 heure après délivrance naturelle et complète.

2e jour : Matin T. 38°4. P. 84, soir T. 39°5. P. 100. Céphalée, 2 petits frissons. On fait un pansement au filtrat, un prélèvement : bacille Gram. — ; une hémoculture négative, une intradermo positive à 4.

3e jour : Matin T. 38°6. P. 90, soir T. 39°. P. 110. Amélioration de l'état général. On fait un 2e tamponnement ; un 2e prélèvement : streptocoque, quelques colonies de staphylocoques et cutis commune.

4e jour : Matin T. 39°. P. 108. Soir T. 39°. P. 96. 3e pansement. 3e prélèvement : strepto, cutis commune.

Dans les jours qui suivent la température et le pouls tombent à la normale. La femme sort le 15e jour.

**Obs. 40.** — *Infection post-partum. Tamponnement curatif le 3e jour. Guérison.*

F.., I pare. Accouchement spontané à terme le 7 décem-

bre 1925. 1 heure après, délivrance naturelle et complète.

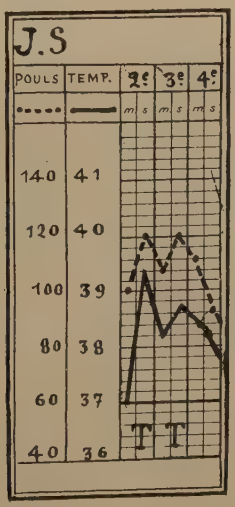
2e et 3e jours. Ascension progressive de la température et du pouls. T. 39°. P. 104, le soir du 3e jour. Bon état général. On fait : un 1er pansement, une intradermo positive à 3, une hémoculture négative, un prélèvement : streptocoques, staphylocoques.

4e jour : Chute de la température, le matin 37°2. P. 88. Réascension le soir T. 39 2. P. 104. On fait un 2e tamponnement, un 2e prélèvement : streptocoque cutis commune, Bacille Gram —.

5e jour : Chute définitive de la température. On refait un 3e prélèvement qui montre la même flore microbienne.

Sortie sur sa demande en parfait état le 7e jour.

**Obs. 41.** — *Infection post-partum. Tamponnement le 2e jour. Guérison.*




J..., I pare. Accouchée chez elle le 16 février sans soins antiseptiques. Enfant 2100. Délivrance non vue.

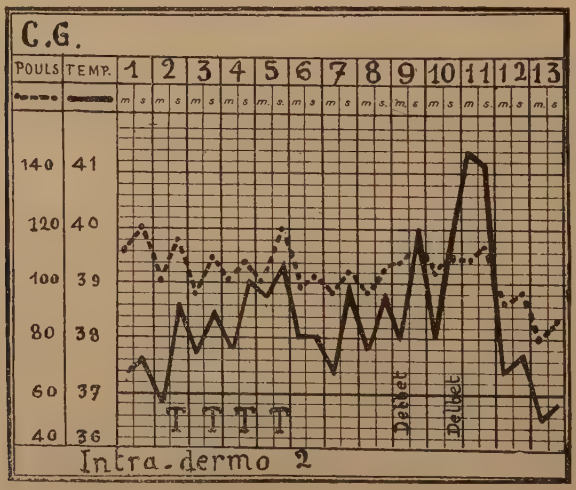
2e jour : Soir T. 39. P. 120. Céphalée, frissons. On fait un

tamponnement, une hémoculture qui sera négative, un prélèvement montrant la présence de streptocoques en culture pure

3e jour : T. 38°2, 38°6. P. 126. Etat général nettement meilleur. Sensation de détente et de bien-être. On fait un 2e tamponnement.

4e jour : T. 38°4, soir 38°. Amélioration de l'état général. Chute de la température et du pouls. La femme sort sur sa demande le 7e jour.

**Obs. 42.** — *Infection grave post partum. Tamponnement le 2e jour. Guérison. Salpingite.*




C... G..., I pare, 29 ans. Accouchement le 2 mai 1925. Forceps dans l'excavation en O. I. G. A. pour souffrance fœtale, une heure après délivrance naturelle et complète.

2e jour : Soir T. 38°6. P. 120. On fait un tamponnement, un prélèvement : streptocoque en culture pure, une intradermo faiblement positive 1, une hémoculture négative.

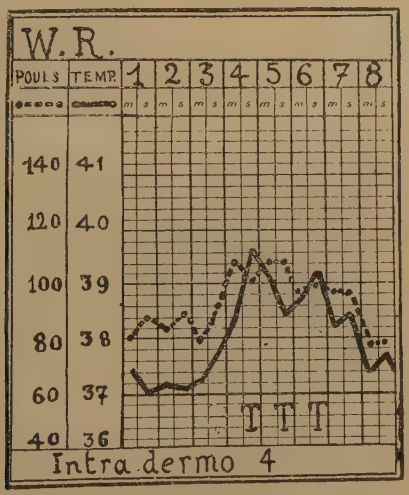
3e jour : Bon état général, utérus un peu douloureux. Soir T. 38°6. P. 110. 2e tamponnement, 2e prélèvement Quelques rares colonies de streptocoques, staphylocoques.

4e jour : Soir T. 39°. On fait un 3e tamponnement, puis un 4e tamponnement le jour suivant.

Etat général satisfaisant. La température oscille encore autour de 37°5/38°.

10e jour : Douleur et empâtement du cul-de-sac gauche qui cèdent à des injections de Propidon.

**Obs. 43.** — *Infection post-partum. Tamponnements curatifs secondaires au 4e jour. Guérison.*




W... R..., I pare, 31 ans. Accouchement spontané à terme le 17 mars 1925. Délivrance naturelle et complète. Apyrexie pendant 3 jours.

4e jour : Matin T. 38°2. P. 100, soir T. 39°4 sans altération de l'état général. Utérus légèrement douloureux. On pratique un tamponnement, un prélèvement : streptocoque en culture

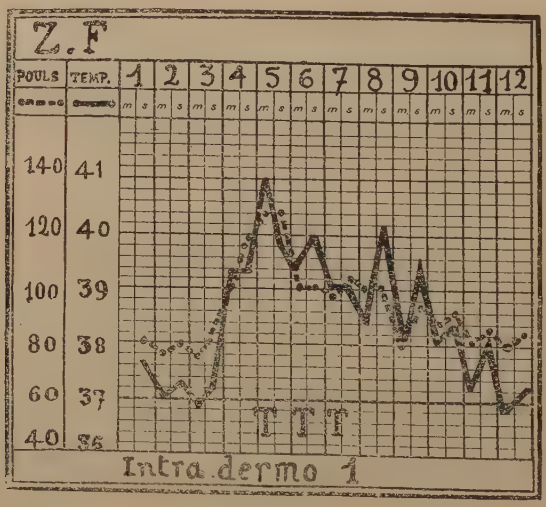
pure, une intra-dermo positive 4, une hémoculture négative

5e jour : T. 39°. Soir 38°4. On fait un 2e tamponnement, un 2e prélèvement : streptocoque, staphylocoque.

6e jour : T. 38°6, soir 39°2. Pouls calme, bon état général 3e tamponnement, 3e prélèvement : streptocoque, staphylocoque, cutis commune.

Chute de la température dans les jours qui suivent. Au 11e jour, T. 40. Douleur et empâtement du cul-de-sac gauche. Ces signes cèdent rapidement à 3 injections de Propidon. La malade sort en parfait état le 20e jour.

**Obs. 44.** — *Infection grave post-partum. Tamponnements curatifs au 5e jour. Guérison.*




Z... F..., III pare, 21 ans. Accouchement spontané à terme le 22 février. Délivrance naturelle et complète.

Suites de couches apyrétiques pendant 3 jours.

4e jour : Matin T. à 39°4. P. à 100. Soir T. 39°4. P. 110. Bon état général. Glace sur le ventre.

5e jour : T. 41. P. 120. Frissons. Céphalée. On fait un tam-

ponnement, un prélèvement montrant du streptocoque en culture pure, une hémoculture négative, une intradermo faiblement positive à 1, soir T. 39°8 P. 120. Même état.

6e jour : T. 39°4. P. 100. Les frissons ne se sont pas reproduits. Soir T. 40°2. P. 108.

On fait un 2e tamponnement, un prélèvement qui montre encore du streptocoque en culture pure.

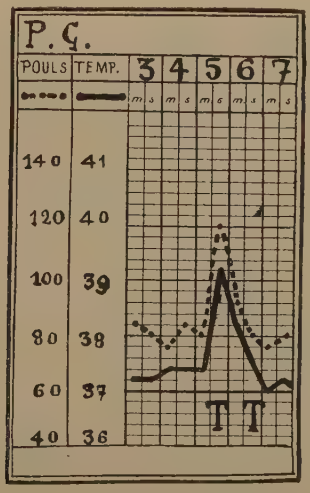
7e jour : T. 39°2. P. 100. Soir T. 39°2. P. 100.

3e tamponnement, 3e prélèvement : streptocoque, pneumocoque, cutis commune.

8e jour : T. 38°5. Amélioration très nette de l'état général. La T. remonte à 40° le soir sans autres signes d'aggravation.

Dans les jours qui suivent, la température et le pouls reviennent à la normale. La femme sort guérie le 19e jour.

**Obs. 45.** — *Infection post partum. Tamponnements curatifs au 5e jour. Guérison.*



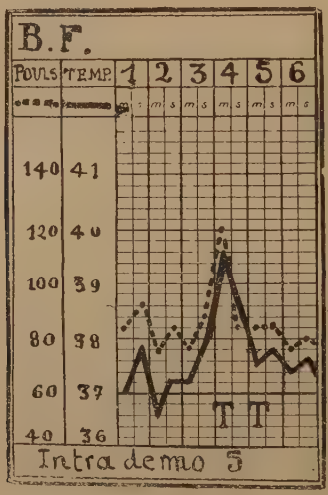

P. G... IV pare, 27 ans. Accouchement spontané à terme le 27 avril 1925. Délivrance naturelle et complète. Le soir du

5e jour la température monte à 39. Le pouls à 120. Céphalée. Frissons, courbature. On pratique un tamponnement au filtrat, un prélèvement : streptocoque en culture pure, une hémoculture négative.

6e jour. T. 38.3, P. 90. Amélioration ; les frissons ont cessé. On refait un 2e tamponnement et un 2e prélèvement qui donne le même résultat que le 1er : streptocoque ; soir, T. 37.5, P. 70.

Chute définitive du pouls et de la température. La femme soit guérie le 13e jour.

**Obs. 46.** — *Infection post partum. Tamponnements au 4e jour. Guérison.*




B... F... 30 ans. VI pare, 14 mars 1925, accouchement spontané, enfant vivant, délivrance naturelle et complète. Après 3 jours d'apyrexie la température monte à 39.6 le matin du 4e jour. P. 120. Céphalée, malaise. On pratique immédiatement un 1er tamponnement ; une hémoculture qui

se montrera négative, un prélèvement streptocoque en culture pure, une intradermo fortement positive 5.

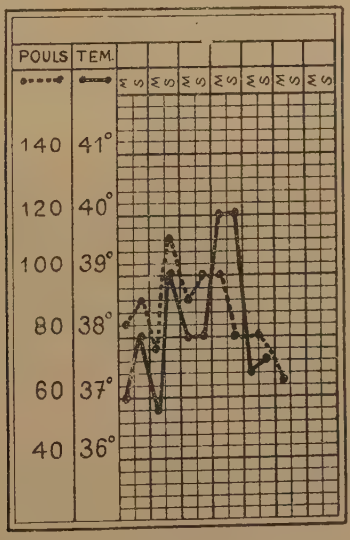
Dès le soir la femme se sent mieux, la céphalée a diminué ; la température est retombée à 38.5 le pouls à 90.

5e jour. T. 37.6, soir, 37.8. Pouls à 80, on refait un 2e tamponnement.

6e jour. T. et pouls normaux. La femme sort le 12e jour.

**Obs. 47.** — *Infection post partum. Tamponnement le 2e jour. Guérison.*

I pare, 22 ans. Accouchement spontané le 4 mars. Délivrance naturelle et complète.




T. 38, le soir de l'accouchement.

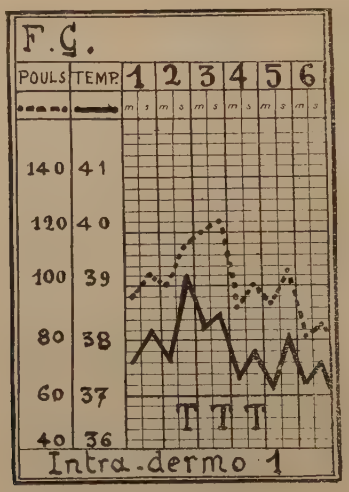
Le 2e jour. T. 36.8 matin, 39 soir, P. 110. Céphalée. On pratique un 1er tamponnement, une hémoculture qui se montrera négative.

Après les 2 premiers pansements la température retombe

à 38. Le 4e jour recrudescence de la température à 40, qui retombe à la normale après un 3e et dernier pansement. Le pouls suit la température. La malade sort en excellent état le 15e jour.

**Obs. 48.** — *Infection post partum. Tamponnement le 2e jour. Guérison.*

F... G. Accouchement normal à terme le 31 mars 1925. Délivrance naturelle et complète.




2e jour. Soir, T. 39.2, P. 116, céphalée, courbature.

1er tamponnement ; prélèvement streptocoque peu abondant. Friedlander.

3e jour. Amélioration nette. T. 38.2, 38.4. mais le pouls est plus rapide : 120. On pratique un 2e tamponnement.

4e jour. L'amélioration continue. T. 37.3, 37.8.

3e tamponnement. Intradermo très faiblement positive 1.

La température redevient normale. L'état général est excellent, la malade sort en très bon état le 12e jour.

**Obs. 49.** — *Infection post partum. Tamponnements curatifs le 3e jour. Guérison.*

P. - Accouchement spontané à terme. Délivrance naturelle et complète.

3e jour. T. matin, 38.2. Etat général bon, mais céphalée assez vive. Soir T, 38.9, P. 100 On fait un 1er tamponnement, une intradermo positive à 3, une hémoculture négative, un prélèvement : streptocoque en culture pure.

4e jour. T. 39.2. soir 38.4. Pouls plus calme 90.

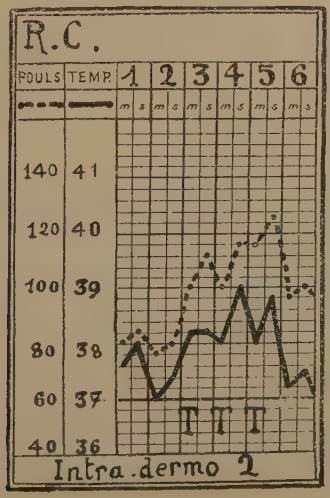
2e tamponnement 2e prélèvement : streptocoque et bacille Gram négatif.

5e jour. T. 38 3, soir 38.9. Utérus très diminué de volume. 3e tamponnement. 3e prélèvement : même flore, en plus, cutis commune et colibacilles.

6e jour. T. 38.4, puis chute définitive de la température. La femme sort guérie le 11e jour.

**Obs. 50.** - *Infection post partum. Révision utérine. Tamponnement le 3e jour. Guérison.*

R... C. , I pare. Accouchement normal le 6 mars après



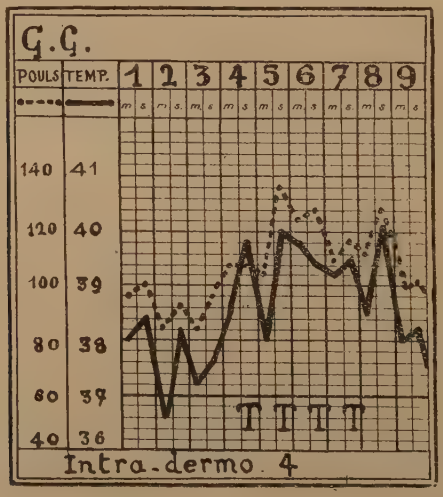
rupture tempestive des membranes. Délivrance naturelle, mais face utérine douteuse.

3e jour. T. 38.2, P. 108. Frissons. Curage digital sous anesthésie ramenant un petit lambeau de membranes et des débris de caduque. Tamponnement intra-utérin au filtrat. Intradermo positive à 2.

4e jour. T. 38, soir, 39. P. 120. Bon état général. 2e tamponnement.

5e jour. T. 38, soir 38.8. Dans les jours qui suivent la T. revient à la normale. Le pouls se calme. La femme sort guérie le 12e jour.

**Obs. 51.** — *Infection post-partum. Tamponnement le 4e jour. Guérison.*




G. G... I pare, 22 ans. Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète.

4e jour : matin T 38°4, frisson dans la journée. Soir T. 39°7, agitation. On pratique un 1er tamponnement.

5e jour : T. 38°,les frissons persistent. Soir : T. 40, 2e tamponnement.

6e jour : Etat général meilleur. T. 39°8 matin, 39°4. Soir : 3e tamponnement.

7e jour : T. 39°2, 39°6. Les frissons ont disparu.

Dans les jours qui suivent la température et le pouls reviennent à la normale et la femme sort en excellent état le 18e jour.

Il n'a été pratiqué ni examen de lochies, ni hémoculture ; l'intradermoréaction faite à 3 reprises différentes s'est montrée toujours fortement positive, 4.

**Obs. 52.** — *Infection post partum. Tamponnements curatifs le 3e jour, 2 embolies les 9e et 26e jours. Guérison.*

B. J... I pare, 21 ans. Accouchement prématuré le 28 mai à 23 heures d'un enfant macéré, 2 heures après, délivrance artificielle pour hémorragie

Le lendemain, T. 38°. Soir : 38°8.

Le 2e jour : Matin, T. 38°9. P. 110. A midi se produit un frisson violent La température monte à 40°5, le soir elle est de 39°7 Le pouls à 120. On pratique un 1er tamponnement.

3e jour : Etat général bien meilleur. T. 38°. P. 90. Soir : T. 39°2 P. 110, 2e tamponnement

4e jour : T. 38. P 90. Soir : T. 38°7. P. 100. On fait un 3e tamponnement.

La température revient à la normale rapidement, mais le pouls reste aux environs de 90 à 100.

Le 9e jour : Petite embolie pulmonaire, poussée fébrile durant 3 jours, puis apyrexie

Le 26e jour nouvelle embolie. Sans élévation thermique.

Sortie le 48e jour en très bon état. Une intradermo faite tardivement s'est montrée positive à 3.

L'examen n'a pas permis de déceler de signes de phlegmatia, ni de signes de trombo-phlébite utérine qui reste cependant très probable.

**Obs. 53.** — *Infection post partum. Tamponnement curatif le 3e jour. Guérison.*

S. J .. I pare, 23 ans. Le 6 juillet, accouchement par forceps en O. P. Délivrance artificielle pour hémorragie.

Apyrexie pendant les 2 premiers jours.

3e jour : Soir : T 38°5, P. 120. On fait un prélèvement Bacille de Friedlander. Une hémoculture négative, une intradermo réaction, positive à 2, enfin un 1er pansement intra-utérin.

4e jour : T. 37°8. Soir : T. 38°4. P. 100. 2e tamponnement, bon état général.

5e jour : Matin : T. 39°. Soir 39°4. P. 110. On fait un 3e tamponnement.

6e jour : T. 37°4. Soir : 38°4. On enlève le 3e tamponnement. L'amélioration continue. La femme sort guérie le 17e jour.

**Obs. 54.** — *Infection post partum. Tamponnement curatif le 3e jour. Guérison.*

M... I pare. Accouchée en ville. 2 jours après l'accouchement, la température monte à 39°2. La femme est envoyée à la maternité de St-Antoine le matin du 3e jour.

T. 38°2. P. 92. Utérus non douloureux. Pouls un peu rapide. Bon état général. On fait un 1er tamponnement, une intradermo négative O. Soir : T. 38°5. Bon état.

4e jour : T. 37°3. Soir : 38°2. On fait un 2e tamponnement, un prélèvement : Bacille Gram + cutis commune, une 2e intradermo, légèrement positive 1.

5e jour : L'amélioration continue, T. 36°5, 37°3. Soir : on fait un 3e tamponnement.

Sortie le 11e jour en parfait état.

**Obs. 55.** — *Infection post partum. Tamponnements curatifs le 4e jour. Guérison.*

T... II pare, 28 ans. Accouchement spontané le 10 juin.

4e jour : Matin, T. 38°6. Utérus un peu douloureux. On fait : une hémoculture, négative un prélèvement, streptocoque staphylocoque, cutis commune, Friedlander.

1er tamponnement. Intradermo positive à 2. Soir : T. 39°, P. 120.

5e jour : T. 37 4, P. 80. Soir : T. 38°5. P. 120. 2e tamponnement, 2e prélèvement donnant les mêmes résultats.

6e jour : T. 37. Soir : 38°. 3e tamponnement, 3e prélèvement donnant les mêmes résultats que les précédents mais avec un grand développement du cutis commune.

Suites normales. Une nouvelle intradermo est positive à 3 Sortie : le 13e jour.

## TAMPONNEMENTS CURATIFS TARDIFS

Les tamponnements curatifs tardifs sont ceux que nous avons pratiqués après la première semaine du post partum.

En réalité ces tamponnements concernent presque tous (5 cas sur 6) des hémorragies secondaires tardives. On sait la gravité de ces hémorragies, traduisant une endométrite hémorragique infectieuse grave, et s'accompagnant très rapidement de diffusion du streptocoque dans le sang.

Nous avons obtenu 2 échecs et 3 guérisons.

1° Les échecs se rapportent à 2 cas :

L'un d'hémorragie secondaire avec persistance d'un cotylédon intra-utérin. L'hémoculture était positive avant tout traitement par le filtrat. Des localisations multiples : abcès du poumon, phlegmatia, pleurésie purulente,ont hâté la fin.

L'autre d'hémorragie secondaire sans rétention placentaire. L'ascension de la température à 40 était contemporaine de l'hémorragie. L'hémoculture ne s'est montrée que tardivement positive bien que la septi-

cémie ait existé cliniquement dès le début des accidents hémorragiques. La mort est survenue le 50e jour.

2° Nos guérisons concernent 3 hémorragies tardives au 6e, 8e et 11e jours.

Dans un cas il avait été pratiqué une révision utérine et un tamponnement à la gaze simple au moment de l'hémorragie ; la température s'étant élevée 2 jours après à 40, les pansements au filtrat amenèrent rapidement la chute de température.

Dans le 2e cas, il se produisit une hémorragie très abondante au 8e jour, ayant nécessité une transfusion. Les pansements au filtrat amenèrent la guérison.

Enfin dans le 3e cas l'hémorragie survenant au 11e jour avec température à 40, fut arrêtée par des pansements au filtrat qui furent suivis de la descente progressive de la température et du pouls.

2 de ces cas furent suivis au point de vue bactériologique ; le prélèvement intra-utérin montra la présence de streptocoque en culture pure, l'hémoculture fut négative.

**Obs. 56.** — *Hémorragie tardive au 7e jour. Tamponnements au filtrat. Septicémie à évolution lente. Mort le 50e jour.*

P... 27 ans, II pare. Accouchement fait en ville le 15 décembre 1925. Délivrance naturelle et complète.

Du 4e au 6e jour, la température monte à 38.2, 38.7. L'état général est excellent ; la femme éprouve une légère douleur dans le cul-de-sac gauche.

7e jour. Métrorragie brusque d'une abondance extrême T. 39,6, P. 140. La femme est transportée à la maternité de Saint Antoine. A l'entrée : Métrorragie abondante, utérus

mou remontant à l'ombilic. Revision utérine manuelle ramenant quelques débris très petits que l'examen histologique montrera être du muscle). L'hémorragie continue, véritablement impressionnante. On pratique : un tamponnement serré au filtrat.

une intradermo, absolument négative O.

un prélèvement : bacille Gram +.

8e jour. T 38. P. 100 Soir T. 39.2, P. 104. On refait un 2e tamponnement un 2e prélèvement : streptocoque et Bacille Gram +.

3 autres tamponnements sont faits encore à 24 heures d'intervalle. La température reste en plateau entre 40 et 41. L'état est grave, non amélioré par une thérapeutique variée : Propidon, Trypaflavine, Septicémine, Transfusion du sang, abcès de fixation. L'intradermo réaction reste toujours négative. Les hémocultures sont négatives, malgré ce tableau typique de septicémie Des escharres apparaissent ; enfin une hémoculture tardive (40e jour) montre la présence de streptocoque hémolytique

La mort survient le 50e jour.

Autopsie, négative, tout au moins macroscopiquement.

**Obs. 57.** — *Hémorragie tardive au 8e jour. Septicémie. Révision utérine. Tamponnement au filtrat. Abcès du poumon et Pleurésie purulente. Phlegmatia. Mort le 38e jour.*

B... I pare de 21 ans. Accouchement spontané fait en ville le 3 décembre 1925 Enfant 3880. Délivrance naturelle et, paraît-il, complète. Hémorragie importante et choc au moment de la délivrance. La femme est transportée dans la soirée à la Maternité de Saint Antoine. L'hémorragie est arrêtée, l'utérus bien rétracté ; apyrexie pendant 6 jours ; le pouls restant élevé, s'élevant même progressivement de 100 à 110.

7e jour. T. 38. matin, soir 38.8, P. 120.

8e jour. La femme présente une métrorragie très abondante ; la température est à 39 5, le pouls à 124. Frissons. Etat général grave. On fait une révision utérine qui montre la présence d'un gros cotylédon presque complètement détaché de la paroi et qu'on enlève facilement. La face postérieure de l'utérus, très irrégulière. présente une large rainure médiane occupant toute sa hauteur.

On fait : un tamponnement au filtrat

une intradermo, négative O.

une hémoculture montrant au bout de 48 heures la présence de streptocoques hémolytiques.

un prélèvement : quelques streptocoques,bacille de Friedlander.

Soir, T. 40, P. 140. Etat général toujours très grave. 9e jour. T. 39, P. 110 ; soir, T. 40, P. 120. On fait un 2e tamponnement ; un 2e prélèvement : Friedlander et bacille Gram —.

10e jour. Matin, T. 40.2, soir, T. 40.8, P. 136. Subictère, ventre ballonné, quelques vomissements. 3e tamponnement 2e hémoculture : celle-ci négative.

11e jour. Chute de la température à 37. P. 100, soir, T. 38.2, P. 120. 4e tamponnement ; les signes abdominaux ont disparu.

12e au 14e jour, la température remonte à 39. Une hémoculture pratiquée le 14e jour se montre positive : streptocoque, un prélèvement de lochies montre la présence du streptocoque et des germes précédemment trouvés.

15e jour. Apparition d'une phlébite gauche et de signes pulmonaires de la base gauche, point de côté, toux, pas de signes physiques, sauf un peu d'obscurité de la base gauche. On fait une injection de 15 cc. de filtrat sous cutané réparti en plusieurs endroits ; les injections sont très douloureuses.

19e jour On refait 20 cc. de filtrat sous cutané, qui restent sans action. Les signes pulmonaires gauches persistent. La température est en plateau entre 39 et 40 ; le pouls entre 120 et 140. Etat général toujours très grave.

34e jour. Apparition d'une pleurésie purulente gauche que l'on ouvre à l'anasthésie locale. Evacuation d'un litre de pus contenant du streptocoque

Apparition d'une tuméfaction fluctuante du triangle de Scarpa du côté gauche.

Aggravation de l'état général. Mort le 38e jour.

Autopsie Utérus ayant subi son involution complète. Aspect normal ; il existe sur sa face postérieure un sillon de l'épaisseur d'une épingle, vestige de la rainure sentie lors du curage digital. Phlébite suppurée de la veine iliaque externe droite avec abcès de la gaine des vaisseaux La pleurésie purulente est consécutive à 2 abcès corticaux du poumon, expliquant les signes pulmonaires observés dès le début.

**Obs. 58.** — *Hémorragie tardive au 11e jour. Révision utérine. Tamponnement au filtrat. Guérison.*

P... 1 pare, envoyée à la maternité de Saint Antoine, le 14 mai 1925, 11 jours après son accouchement pour hémorragie tardive très abondante. Accouchement normal, délivrance naturelle et complète. Hémorragies assez abondantes pendant 3 jours, minimes les jours suivants Température entre 38 et 39 pendant quelques jours. Au 10e jour hémorragie extrêmement importante.

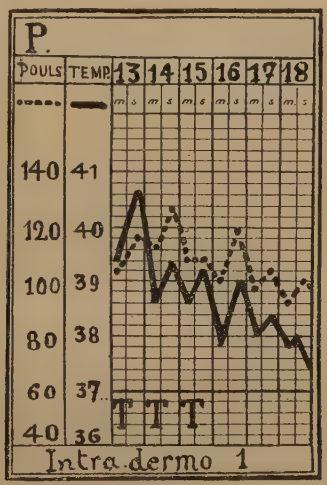
Examen d'entrée : Femme très pâle. T. 39.6, P. 110.

Utérus remontant jusqu'à l'ombilic. Il s'écoule un peu de sang et des caillots noirâtres. Sous anesthésie générale on pratique une révision utérine. Le col très ouvert laisse passer facilement 3 doigts. L'utérus est rempli de caillots que l'on évacue. L'utérus vide, la main reconnaît facilement l'aire d'insertion placentaire qui occupe tout le bord droit et la corne droite. Il existe dans cette corne de nombreux petits débris qui semblent des débris placentaires et auxquels sont appendus des caillots. Le curage digital ramène facilement ces débris dont l'ensemble a le volume d'une

noix. Tamponnement au filtrat. Intradermo positive à 2. Hémoculture qui sera négative. Prélèvement. Streptocoque en culture pure.

12e jour. T. 39.5, P. 100. Soir, T 40.5, P. 120. L'état général est cependant assez satisfaisant. 2e tamponnement.

13e jour. T 38.6, P. 110. Etat général meilleur. Soir, T. 39.4, P. 124. 3e tamponnement.



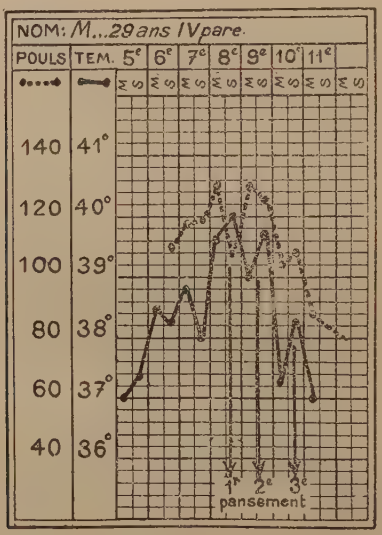

14e jour même état. T. 38,6, P. 110. Soir, T. 39.2, P. 100. On enlève le 3e tamponnement. Prélèvement : streptocoque, staphylocoque et cutis commune.

La température oscille encore 2 jours autour de 38e. L'amélioration continue ; puis apyrexie. La femme sort en en excellent état 16 jours après son entrée à l hôpital.

**Obs. 59.** — *Hémorragie tardive. Tamponnement à la gaze simple. Infection. Tamponnement au filtrat. Guérison.*

M..., 29 ans, IVe pare. Accouchée et délivrée en ville depuis 5 jours ; transportée à la maternité de Saint Antoine pour métrorragie abondante le 28-3-1925. Révision manuelle

de la cavité utérine On ramène de nombreux petits débris existant sur toute l'aire d'insertion placentaire. L'hémorragie continue, abondante. Tamponnement intra-utérin à l'aide d'une mèche de gaze aseptique 2 jours après, élévation de la température à 38.8, puis 39.5, puis 40 le soir du 8e jour après l'accouchement. On pratique alors un 1er pansement intra-utérin au filtrat. Le prélèvement de lochies mon-




tre la présence de streptocoque en culture pure. Etat général inquiétant. Traits tirés. Teint plombé. Alternatives d'agitation et de dépression.

9e jour T. 39, Soir, 39.9, 2e tamponnement, l'état général s'améliore nettement.

10e jour T. 37.3, soir, 38.3. Amélioration considérable, 3e pansement.

Dans les jours qui suivent la température oscille entre 37.5 et 38.4 puis apyrexie complète au bout du 15e jour. La malade quitte le service en excellent état au bout de 3 semaines.

**Obs. 60.** — *Hémorragie tardive au 8e jour. Tamponnement au filtrat. Guérison.*

L... I pare, 22 ans. Accouchement le 29 août 1925, terminé par forceps en O. P. pour souffrance fœtale. Délivrance naturelle et complète une heure après.

Suites de couches normales et apyrétiques jusqu'au 8e jour. Le 8e jour métrorragie abondante, sans élévation de température.

Le 10e jour : nouvelle métrorragie abondante ; révision utérine qui montre une cavité vide, mais un utérus subinvolué à l'ombilic. Tamponnement intra-utérin au filtrat. Transfusion de 150 cc. de sang

11e jour : T. 38 4. P. 110. Soir T. 38°6. P. 120.

On fait un 2e tamponnement.

12e jour : T. 37°2. P. 90. Soir : T. 37°3. P. 100.

On enlève le 2e tamponnement. Suites de couches apyrétiques et normales.

Il n'a été pratiqué ni intradermoréaction ni prélèvements de lochies.

**Obs. 61** (recueillie dans le service de M. le Pr Couvelaire). — *Infection post-partum au 4e jour. Tamponnement au filtrat au 7e jour. Guérison.*

Accouchement spontané le 25-2-24.

4e jour : Frisson. T. 39°3. On fait 80 cc. de sérum antistreptococcique

5e jour : matin T. 40°4. P 120. Soir T. 41°. P. 130. 80 cc. sérum antistreptococcique. Hémoculture négative.

6e jour : T. : 40°. P. 110. 80 cc. sérum antistreptococcique. Abcès de fixation.

7e jour : Même état. On pratique alors à un jour d'intervalle 3 tamponnements au filtrat. La température tombe progressivement à la normale en même temps que l'abcès de fixation jusqu'alors négatif commence à prendre.

## RÉACTIONS ANNEXIELLES

Nous n'avons presque jamais constaté au cours des pansements au filtrat, l'apparition d'infections périutérines (6 cas sur 71 malades traitées).

Ces complications peuvent être :

précoces : apparaissant au cours des tamponnements ;

tardives : survenant à partir de la 2e semaine des suites de couches.

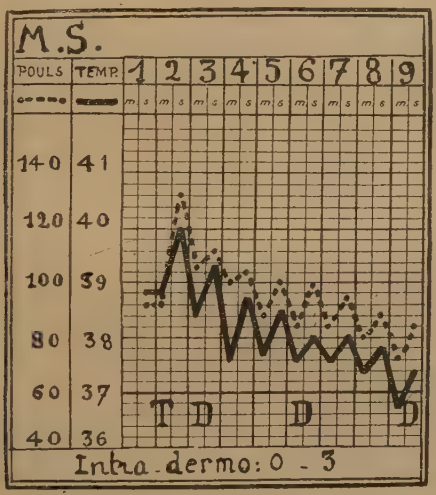
**1°** Les infections tardives ne nous arrêteront guère. Elles se sont caractérisées par l'apparition d'une douleur et d'un empâtement au niveau d'un cul-de-sac, accompagnés d'une élévation thermique. 3 injections de propidon amenèrent rapidement la guérison (Obs. 29, 42, 43). Enfin dans un cas nous avons observé 2 embolies (Obs. 52).

**2°** Plus intéressants sont les cas où la complication périutérine apparaît au cours des tamponnements.

**Obs. 2** (relatée en détail au chapitre des tamponnements préventifs). — Il s'agissait d'une délivrance artificielle pour placenta prævia particulièrement adhérent à la partie droite

de l'utérus. Après le 2e tamponnement surviennent des phénomènes douloureux au niveau du bord droit de l'utérus et du cul-de-sac droit. On fait en même temps que le 3e tamponnement une injection de 3 cc. de Propidon. Les phénomènes douloureux disparaissent. La malade guérit sans autres incidents.

**Obs. 62.** — *Tamponnement à titre curatif. Infection périutérine précoce. Propidon. Guérison.*




M... S .. I pare, 22 ans. Gestation près du terme.

Est transportée à St-Antoine le 2 mai à 18 heures Présentation du siège complet. Procidence du cordon animé de quelques battements. Dilatation petite paume. Tentatives infructueuses de réduction. On complète la dilatation manuellement. Extraction d'un enfant présentant quelques battements cardiaques mais n'ayant pu être ranimé. Délivrance spontanée 1/2 heure après.

1er jour des suites de couches : T. 38°9. P. 90. On fait un

tamponnement au filtrat ; un prélèvement : nombreuses colonies de streptocoques, quelques staphylocoques et cutis commune. Une intradermo est absolument négative : 0. Soir T. 40. P. 124. Bon état général Hémoculture négative.

2e jour : Utérus très douloureux au niveau du bord droit. Défense nette et empâtement dans la fosse iliaque droite. En raison de cette localisation étendue périutérine on ne refait pas de nouveau tamponnement, mais une injection de 3 cc. de Propidon et une nouvelle intra-dermo.

3e jour : T. 38°4, 39°4. L'intra-dermo est positive à 3 alors que la 1re faite avant la localisation annexielle était restée négative.

Sous l'influence de la glace et de 3 injections de Propidon, amélioration progressive des phénomènes locaux et de la température.

15e jour : Culs-de-sac souples. Utérus gros, subinvolué. Etat général parfait. Sortie au 20e jour.

Nous ne pouvons pas tirer de ces observations des conclusions thérapeutiques bien nettes, puisque dans un cas nous avons continué les pansements et dans l'autre nous les avons arrêtés.

Cependant il semble que dans certains cas d'infection péri-utérine au début, l'on puisse continuer les pansements intra-utérins, à condition que ceux-ci soient faits très doucement et qu'on leur associe toujours des injections de vaccin polyvalent.

## AVORTEMENTS

Nous avons aussi employé les pansements au filtrat dans certains cas d'infection post-abortum.

Il semble logique d'ailleurs de les traiter de la même façon que les infections post-partum, à condition cependant que la muqueuse n'ait pas été complètement enlevée par un curettage brutal.

Les tamponnements que nous avons pratiqués nous ont donné des améliorations rapides.

Dans un cas cependant nous n'avons pu avoir raison d'une infection sévère consécutive à l'expulsion d'une môle et où la septicémie préexistait à notre traitement intra-utérin.

Nous ne rapportons ici que les cas les plus démonstratifs et les plus graves, parmi les 10 cas que nous avons traités par le pansement au filtrat.

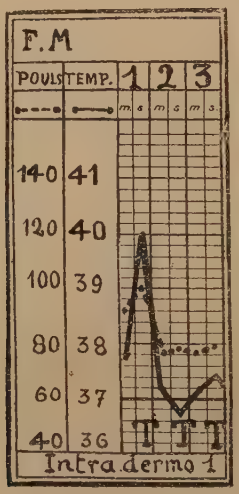
**Obs. 63.** — *Avortement de 5 mois. Infection in-utero. Délivrance artificielle. Tamponnement. Guérison.*

F. . M... I pare. 24 ans. Gestation de 5 mois environ.

Le 20-11-1925. Rupture des membranes.

Le 21 à 10 heures : Métrorragie abondante. Douleurs presque continues. La femme est transportée à la maternité

de St-Antoine Gestation de 5 mois. Pas de bruits du cœur. Segment inférieur distendu tombant dans le vagin. Col effacé. Dilatation lenticulaire. A 17 heures même dilatation malgré les douleurs très fréquentes ; on dilate facilement le col aux bougies. Il s'écoule un liquide fétide.




A 19 heures : T 39°8. P. 110 Frissons. Devant les signes d'infection in utero, on décide d'évacuer l'utérus le plus rapidement possible. Extraction après broiement de la tête d'un fœtus de 950 grammes. Hémorragie très abondante. Délivrance artificielle. Tamponnement au filtrat. Intradermo faiblement positive 1.

Le lendemain matin : Etat parfait. T. 37°2 P. 72 2e tamponnement. Prélèvement : Bacilles Gram négatif. Cocci type entérocoque.

Soir : l'amélioration persiste. T. 36°8. P. 76.

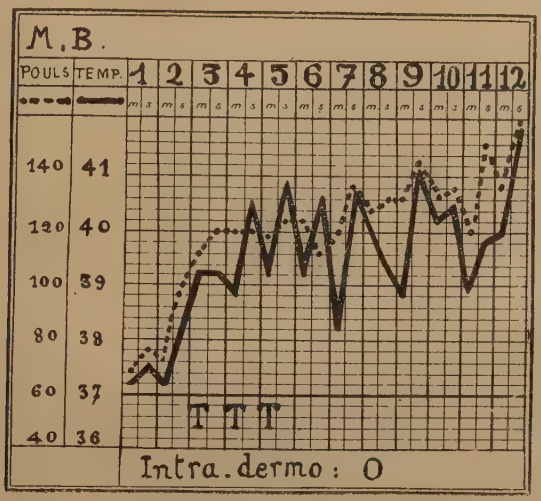
Le surlendemain l'apyrexie continue. 3e tamponnement. 2e prélèvement montrant la même flore microbienne.

Suites normales. Sortie le 10e jour.

**Obs. 64.** — *Avortement molaire. Septicémie précoce. Tamponnement Mort.*

M. B... IV[e] pare, 31 ans. Gestation de 4 mois.

Vomissements. Métrorragies abondantes. Le 25-2-1925 pose d'un ballon après dilatation du col aux bougies. Expulsion 9 heures après d'une môle pesant 300 gr. paraissant complète.




3[e] jour : T. 39°. P. 110. Frissons. Curage digital ramenant quelques vésicules et quelques débris placentaires. Tamponnement au filtrat. Hémoculture déjà positive. Streptocoque hémolytique. Prélèvement streptocoque en culture pure. Intra-dermo négative : 0.

Soir : T. 39°2. P. 108. Etat général meilleur.

4[e] jour : T. 38°8. P. 100. 2[e] tamponnement. Soir T. 40°4. P. 120. Les frissons ont recommencé. Céphalée.

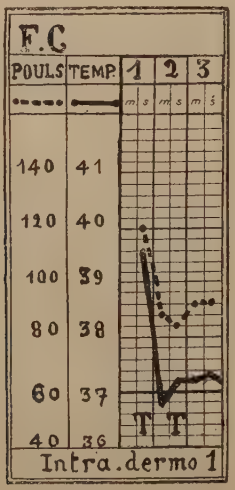
5[e] jour : T. 39°2. P. 110. 3[e] tamponnement. Soir 40°6. P. 110.

Tableau typique de septicémie puerpérale.

Traitement par sérum antistreptococcique et Rivanol intraveineux sans amélioration. Mort le 12[e] jour.

**Obs. 65.** — *Infection post abortum. Curettage. Tamponnement. Guérison.*

F. C... IIe pare, 25 ans. Retard de règles de 2 mois 1/2. 24 octobre 1925 : Métrorragie. Expulsion du fœtus. Le 25 : frisson intense. Le 26 : plusieurs frissons durant 5 minutes chacun. La malade est transportée à la maternité de St-Antoine. A l'entrée T. 40°7. P. 120. Curettage immédiat




ramenant le placenta. Prélèvement. Streptocoque hémolytique en culture pure. Tamponnement intra-utérin au filtrat. Intradermo positive à 4.

27 octobre : T. 36°8. P. 88. On fait un 2e tamponnement qu'on enlève 24 heures après. Apyrexie. Sortie le 8e jour.

**Obs. 66.** — *Infection post abortum. Curettage. Tamponnement. Guérison*

B. . II pare, 24 ans. Retard de règles de 6 semaines. Tentative d'avortement par introduction d'une sonde le 11 décembre. Le lendemain métrorragie. Le surlendemain fris-

son. T. 40°. P. 140. Eruption scarlatiniforme. Entre à la Maternité de St-Antoine le 13 décembre 1925.

Curettage immédiat. Tamponnement intra-utérin au filtrat. Intradermo positive à 3.

14 décembre : T. 38°2. P. 96. Soir T. 38 4. P. 100. 2e tamponnement.

15 décembre. T. 37°. P. 84. On enlève le 2e tamponnement. Suites normales et apyrétiques. Sortie le 8e jour.

## LE PANSEMENT AU FILTRAT DANS LES OPÉRATIONS CÉSARIENNES

Les bons résultats que nous avions obtenus par les tamponnements préventifs nous ont incité à pratiquer ce pansement au filtrat dans un cas de césarienne.

Nous avons employé cette thérapeutique dans une opération césarienne faite 48 heures après la rupture des membranes.

**Obs. 67.** — D. H... 37 ans. I geste. Admise au dortoir le 27 août 1925. Dernières règles 15 novembre. Gestation près du terme. Hauteur utérine 30 cm. Tête mobile au D. S. ne débordant pas. Promontoire accessible élevé. On décide d'attendre l'épreuve du travail.

17 septembre : Rupture prématurée des membranes. Quelques contractions.

Le 18 : Pas de modification. Les contractions sont toujours peu intenses. Dilatation 1 franc. La tête n'a aucune tendance à s'engager.

Le 19 : Même état. On pratique alors une césarienne haute (Opérateur M. Lévy-Solal). Extraction d'une fille vivante pesant 2.930 Extraction du placenta.

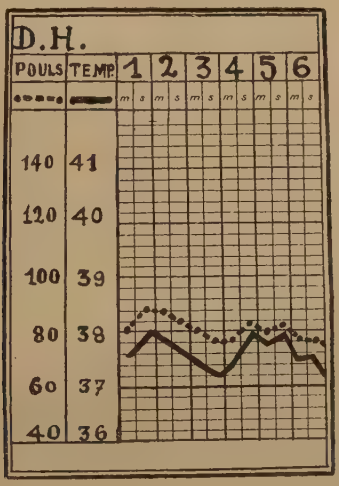
Pas d'antiseptique dans la cavité utérine, mais mise en place d'un tamponnement au filtrat par une mèche sortant par le col et plongeant dans le vagin.

Suture de l'utérus en 2 plans : un musculaire à la soie n° 4, à points séparés ; un séro-séreux au catgut n° 1. Paroi en 3 plans.

Des prélèvements ont été faits :

1° Avant l'opération sur le col.

2° Pendant l'opération sur la muqueuse utérine. Ces 2 prélèvements se sont montrés négatifs.




3° Immédiatement après la sortie du placenta, 2 prélèvements ont été faits sur les membranes

Le 1er a montré la présence d'un bacille trapu Gram + et d'un bacille allongé Gram —.

Le 2e a montré la présence de staphylocoques.

Dans aucun endroit il n'a été trouvé de streptocoques.

Les suites opératoires ont été parfaites et particulièrement apyrétiques.

Le 19, soir : Très bon état T. 38°. P. 84.

Le 20, matin : Etat général parfait T. 37°8. P. 84. On enlève la 1re mèche. On refait un 2e tamponnement intra-utérin au

filtrat. Tamponnement qui permet de constater une involution rapide de l'utérus.

Le 21, matin : T. 37°4. P. 76. 3e tamponnement. La cavité utérine a encore diminué de volume.

Le 22, matin : On enlève le 3e tamponnement. Soir : la T. remonte à 38° pour redescendre à la normale dans les jours qui suivent Notons que cette température a été la plus élevée de la période post opératoire.

L'état général et local se maintiennent excellents. La malade sort le 20e jour. L'utérus a repris son volume normal.

Il n'y avait pas dans ce cas de signes cliniques ni bactériologiques d'infection. Cependant les membranes étaient rompues depuis près de 48 heures. La femme avait été examinée 3 fois et l'on pouvait craindre l'apparition de phénomènes infectieux. Il est possible que les tamponnements successifs aient empêché le streptocoque de se développer.

Nous ne voulons pas en conclure que ce traitement peut s'appliquer à tous les cas impurs de césarienne surtout les cas où il existe déjà des signes d'infection et où la césarienne basse avec ou sans Mikulicz et l'opération de Portes gardent leurs droits. Notons cependant que ce pansement au filtrat de par son inocuité, pourra être employé heureusement lorsque l'on pratiquera une césarienne haute dans les cas légèrement impurs.

## INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE FILTRAT

Dans les cas où l'infection streptococcique est déjà généralisée depuis plus ou moins longtemps et où le traitement intra-utérin apparaît comme devant être insuffisant nous lui avons associé ou substitué les injections intra-veineuses de filtrat.

### Technique

La dose journalière que nous avons injectée variait de 30 à 50 cc. Nous avons employé 2 techniques différentes.

1° Injections de 10 cc. de filtrat non dilué, renouvelées 3 à 4 fois dans la journée à 4 heures d'intervalle.

2° Injections de 30 à 50 cc. de filtrat dilué dans 4 fois son volume de sérum physiologique.

Ces injections sont poussées très lentement, la durée de l'injection étant de 15 à 25 minutes.

Dans presque tous les cas, dans un laps de temps variant de 5 minutes à 2 heures après l'injection, survient un frisson extrêmement intense durant 5 à 10 mi-

nutes, traduisant un shock qui se manifeste par une tachycardie intense avec chute de la tension artérielle et parfois dyspnée avec cyanose de la face et des extrémités. La température monte à 41 parfois 42, puis dans les heures qui suivent tombe à 38°, 37°5.

Cette chute n'est le plus souvent que temporaire et en 6 à 10 heures la température revient à ce qu'elle était avant l'injection de filtrat. C'est tout au moins ce que nous avons observé dans les grandes septicémies avec température en plateau à 40 et hémoculture constamment positive.

Dans 2 cas où l'injection a été faite dès l'apparition des accidents infectieux la chute définitive de la température a été obtenue après 2 injections de filtrat.

## Observations

Nous avons employé le filtrat intra-veineux dans 8 cas.

**1°) 3 cas de septicémie post abortum ;**

**1 cas de septicémie post partum ;**

Ces cas ont été traités tardivement alors que les malades étaient en pleine septicémie. Les injections de filtrat n'en ont pas empêché l'évolution fatale.

**2°) 1 cas d'endocardite maligne post partum sans amélioration.**

**3°) 1 cas de septicémie post abortum ;**

**2 cas d'infection grave post partum ;**

Dans ces 3 cas nous avons obtenu une guérison rapide.

**Obs. 68.** — *Septicémie post abortum. Filtrat intra-veineux mort.*

G..., VII[e] pare. Entre à l hôpital St-Antoine le 16 décembre 1925. Avortement de 3 mois non fait. Pertes fétides. Tableau typique de septicémie T. 40. P. 120. On fait :

Une hémoculture déjà positive au streptocoque hémolytique.

Une intradermo : absolument négative : 0.

Curage digital. Tamponnement au filtrat.

Le 17 et 18. Même tableau clinique. 2[e] et 3[e] tamponnement.

Le 19 : Etat toujours très grave. Hémoculture rapidement positive. On fait 20 cc. de filtrat i. v. dilué dans 80 cc. de sérum. Frisson. La temperature tombe de 41° à 38°8 sans amélioration de l'état général.

Le 20 : On fait une 2[e] injection de 30 cc. de filtrat dilué à 1/5, pas de frisson après l'injection. Mort dans la soirée.

**Obs. 69 et 70.** — Nous avons traité 2 autres cas de septicémie post abortum dont les observations sont absolument identiques à la précédente, comme symptomatologie, traitement et évolution fatale.

Dans un cas l'autopsie montra la présence d'une péricardite purulente.

**Obs. 71.** — *Septicémie post partum. Filtrat intra-veineux. Mort.*

M... I pare, 24 ans. Accouchement normal le 15 février 1925. Vue au 9[e] jour, T. 40°. P. 120. Frissons Hémoculture positive au streptocoque. Intradermo : 0.

Injection lente intra-veineuse de 60 cc de filtrat dilué dans 240 cc. de sérum. Réaction très intense 2 heures après l'injection avec frisson violent et température à 42°5 Puis la température tombe à 38°2 pour remonter bientôt à 40°

où elle se maintient jusqu'au 27 date de la mort. Le 26 il avait été pratiqué,sans aucune amélioration, 3 injections de 10 cc. chacune de filtrat non dilué, à 3 heures d'intervalle.

**Obs. 72.** — *Endocardite maligne post partum. Filtrat intra-veineux. Pas d'amélioration.*

E..., I pare, 35 ans. Accouchement spontané, enfant vivant. Délivrance naturelle et complète. Suites de couches normales pendant 5 jours. Le soir du 5e jour : T. 40°. 6e jour : T. 40°, 39°4 ; 7e jour : T. 38° Soir 40, frisson. La malade est envoyée à la maternité de St-Antoine.

Examen d'entrée : Malade semblant en parfait état. Involution utérine normale. Pas de lésions annexielles. Aucune localisation viscérale. Souffle systolique mitral assez intense existant depuis quelques années et consécutif à une crise de rhumatisme. T. 37°4. P. 80. Soir T. 37°6 P. 84.

9e jour : Ascension de la température à 39°4. On fait une hémoculture qui sera négative : une intradermo très faiblement positive : 1. Enfin une injection intra-veineuse de 20 cc. de filtrat dilué dans 100 cc. de sérum physiologique. Frisson très intense 3 minutes après la fin de l'injection. Choc. Dyspnée. Cyanose. La T. monte à 40°4. P. 130.

10e jour : Chute de la température T. 37°3 Réascension le soir et dans les jours qui suivent.

Courbe thermique disloquée avec élévations temporaires de température à 40°.

15e jour : La température est en plateau à 40°2 depuis 36 heures. On injecte alors 40 cc. de filtrat intra-veineux dans 160 cc. de sérum. Frisson intense. Dans les heures qui suivent, chute rapide de la température à 36°8. Apyrexie pendant 36 heures puis réascension et reprise de la même courbe thermique irrégulière.

Les 20e et 30e jours on refait des injections de 40 cc. de filtrat dilué dans 160 cc. de sérum. On observe une chute

temporaire de la température, mais la fièvre réapparaît rapidement.

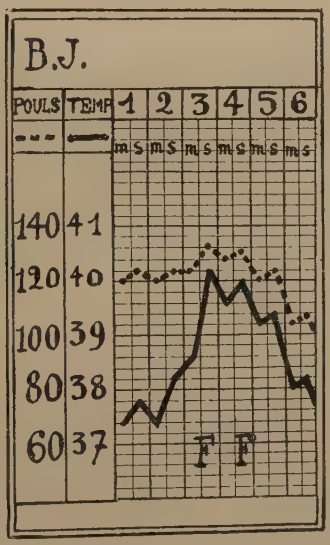
L'état général est relativement bon. Le souffle mitral est plus intense et variable selon les jours.

Plusieurs hémocultures ont été négatives ; une pratiquée le 20e jour des suites de couches a montré la présence de streptocoques. Les intradermo réactions ont été toujours très faiblement positives à 1.

La malade sort sur sa demande ; elle meurt 3 semaines après son départ.

Il s'agit donc très probablement d'une endocardite maligne à streptocoques, greffée sur une lésion ancienne rhumatismale, et non influencée par le filtrat intra-veineux.

**Obs. 73.** — *Septicémie post abortum. Filtrat intra-veineux. Guérison.*




B... J..., I pare, 24 ans. Accouchement prématuré de 6 mois le 15 mai 1925. Délivrance artificielle très longue et difficile pour hémorragie.

1er jour : T. 37°4. Soir : T. 38°. Bon état.

2e jour : T. 37°4. Soir : T. 38°2.

3e jour : T. 38°4. Soir T. 40. Céphalée. Frissons. Etat grave. On pratique une hémoculture qui se montrera positive au bout de 48 heures : streptocoque anaérobie. En même temps on fait une injection intraveineuse de 30 cc. de filtrat dans 150 cc. de sérum physiologique. Frisson assez intense.

4e jour : T. 39°4. Soir T. 40° Meilleur état : la céphalée et les frissons ont disparu. On refait une 2e injection de 30 cc. de filtrat dilué au 1/5. Frisson. Chute rapide de la température dans les jours qui suivent. Sortie le 15e jour en parfait état.

**Obs. 74.** — *Infection grave post-partum. Tamponnement puis Filtrat intra-veineux. Guérison.*

L... Lu., I pare, 18 ans. Accouchement spontané à terme. Délivrance naturelle et complète. Apyrexie pendant 2 jours.

3e jour : Soir T. 39. P. 116. Utérus légèrement douloureux.

4e jour : T. 39°6. P. 120. Etat général très grave. Frissons. Trémulation. On fait un tamponnement intra-utérin au filtrat ; une intradermo faiblement positive à 1. Un prélèvement intra-utérin montrant la présence de streptocoque hémolytique en culture pure.

Soir T. 40 6. P. 130.

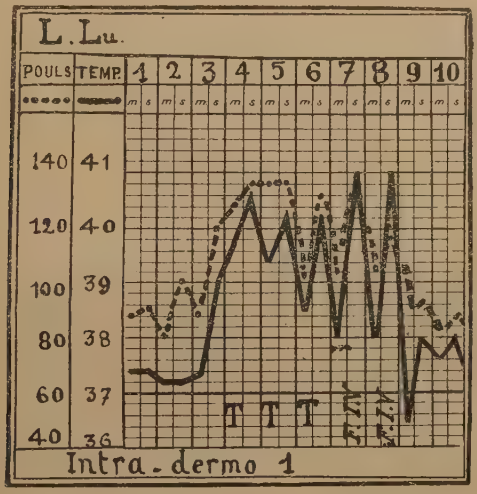
5e jour : Etat très grave. Matin T. 39°4. P. 130. Soir T. 40°2. P. 130. 2e tamponnement. Hémoculture négative. 2e prélèvement : streptocoque très abondant, cutis commune.

6e jour : Matin T. 38°5. P. 100. Soir 40°2. P. 124. L'état général reste grave ; les frissons sont fréquents.

7e jour : Matin T. 38° P. 100, soir 41°. P. 140. Etat très grave. Céphalée. Trémulation. Tableau clinique de septicémie bien qu'une 2e hémoculture pratiquée se montre encore négative. On fait alors une injection intra-veineuse de 10 cc.

de filtrat non dilué. Vomissements pendant l'injection. Frisson très intense 5 minutes après.

8e jour : Etat stationnaire, c'est-à-dire très sérieux. Matin T. 38°. P. 100. L'utérus redevient douloureux surtout au niveau de la corne gauche. Aussi fait-on à 11 heures une injection de 3 cc. de Propidon. Soir T. 41°. P. 120. On fait alors une injection de 20 cc. de filtrat dilué dans 80 cc. de sérum physiologique. L'injection est suivie d'un frisson moins intense que celui observé après l'injection de 10 cc. de filtrat non dilué.




9e jour : Transformation complète ; malade calme T. 36°5. P. 82. Utérus non douloureux. Le soir la température remonte à 38°. Mais les frissons ont cessé.

A partir de ce moment suites de couches apyrétiques. Sortie le 25e jour en parfait état.

**Obs. 75.** — *Injection grave post-partum. Filtrat intra-veineux. Guérison.*

M... P., 18 ans, I pare. Acc. spontané le 10 juin. Délivrance naturelle et complète. Apyrexie pendant 3 jours.

4e jour : Soir T. 39°5. P. 110. Ventre souple mais utérus douloureux. Glace sur le ventre.

5e jour : T. 40°. P. 116. Céphalée. On fait à 10 heures : une hémoculture qui sera négative, une intra-dermo très faiblement positive : 1/2, une injection de 20 cc. de filtrat dans 80 cc. de sérum. L'injection poussée lentement est suivie un quart d'heure après d'un grand frisson qui dure 5 minutes.

Dans la journée la température descend progressivement et à minuit elle est de 37°, mais elle ne tarde pas à remonter.

6e jour : T. 39°4 avec un état général bon. On pratique alors une nouvelle injection de 25 cc. de filtrat dilué dans 80 cc. de sérum. L'injection poussée lentement n'est suivie d'aucun frisson, mais il n'y a pas de chute de la température. Soir T. 40°2. P. 120.

7e jour : Même état. Une 2e hémoculture montre un cocci Gram + en tétrades.

8e jour : Pas de modifications. On fait une injection de 45 cc. de filtrat dilué au 1/5e. Cette fois il se produit un choc très net, comparable au premier. La température tombe à 37° mais cette fois ne remonte plus. L'état général reste excellent, et l'apyrexie persiste pendant toute la durée des suites de couches.

Sortie le 25e jour en parfait état.

## RÉSUMÉ

Si nous faisons un tableau résumé des cas que nous avons traités, à titre préventif et curatif, après l'accouchement, nous obtenons les résultats suivants :

| | | |
|---|---|---|
| Tamponnements préventifs..... | 17 cas traités.. | 17 succès |
| Tamponnements curatifs précoces.. | 7 cas traités.. | 3 morts<br>4 succès |
| Tamponnements curatifs secondaires | 31 cas traités.. | 31 succès |
| Tamponnements curatifs tardifs.... | 6 cas traités.. | 2 morts<br>4 succès |

Nous voyons donc que nous avons toujours obtenu d'excellents résultats :

1° dans les tamponnements préventifs ;

2° dans les tamponnements curatifs secondaires.

Les échecs concernant 2 ordres de faits :

1° des cas d'infection précoce (avant même l'accouchement) ;

2° des cas tardifs.

Dans ces cas l'action du filtrat semble avoir été trop tardive, soit qu'il n'y ait pas eu de défense locale (cas précoces) soit que cette défense ait été forcée (cas tardifs).

Enfin si nous examinons la proportion des cas à hémoculture positive et négative, nous obtenons les résultats suivants :

Hémoculture positive : 8 cas traités, 4 guérisons, 4 morts.

Hémoculture négative : 53 cas traités, 52 guérisons, 1 mort.

# DEUXIÈME PARTIE

Les nombreux tamponnements que nous avons pratiqués tant au point de vue préventif qu'au point de vue curatif, et les bons résultats que nous avons obtenus montrent que les pansements intra-utérins ont souvent une action nette dans la lutte contre le streptocoque.

Mais comment cette action se produit-elle ? Avant de répondre à cette question, il nous semble indispensable d'étudier :

**1°** Ce que devient le streptocoque utérin après les pansements au filtrat ;

**2°** l'action in vitro du filtrat sur le streptocoque.

## BACTÉRIOLOGIE IN VIVO

Nous avons effectué des prélèvements de lochies, avant et après chacun de nos tamponnements. Ces prélèvements intra-utérins faits au niveau du segment inférieur sont ensemencés soit sur gélose lactosée tournesolée, soit sur gélose, ascite, sérum, extrait globulaire.

La présence fréquente de sang dans l'écoulement lochial augmente encore le pouvoir nutritif de ces milieux.

Ces cultures sont faites sur tubes de Legroux qui permettent facilement de compter les colonies microbiennes et d'apprécier la proportion des colonies des différents microbes, entre elles. L'isolement et le repiquage des germes en vue de leur identification sont ainsi rendus plus faciles.

### La flore utérine au cours des tamponnements préventifs.

Les prélèvements faits après un 1er tamponnement laissé en place 24 heures ont montré dans la presque totalité des cas la présence de streptocoque, mais ce

streptocoque était souvent en petite quantité et toujours associé à un ou 2 autres germes. Cette constatation n'étant pas pour nous surprendre puisque le filtrat streptococcique constitue un milieu de culture pour les germes autres que le streptocoque.

Après 2 ou 3 tamponnements la flore microbienne se modifiait peu. Parfois on trouvait un nouveau microbe dans les cultures : staphylocoque, entérocoque, cutis commune, colibacille, ou Bacille de Friedlander. Mais à côté de ces germes on continuait à trouver presque toujours du streptocoque et dans la même proportion qu'après le 1er prélèvement.

Ce n'est que dans des cas beaucoup plus rares que nous avons observé :

Soit la disparition du streptocoque après un ou 2 tamponnements.

Soit au contraire la pullulation de ce microbe que l'on trouvait plus abondant après le 3e tamponnement qu'après le 1er.

### La flore utérine au cours des tamponnements curatifs précoces.

Nos observations sont en trop petit nombre pour que nous puissions en tirer des conclusions. Cependant il semble que les tamponnements n'aient nullement modifié la flore microbienne que l'on avait constatée au moment de l'accouchement avant tout pansement intra-utérin.

Dans 2 cas, les prélèvements ont montré l'absence de

streptocoques aussi bien après le 1er qu'après les 2e et 3e tamponnements. Ces 2 cas ont eu une évolution rapidement favorable.

Dans 2 cas, il y avait du streptocoque associé à d'autres germes. La flore microbienne ne s'est pas modifiée au cours des pansements. Les femmes ont guéri.

Dans 2 cas, il a été trouvé du streptocoque associé à d'autres germes. L'hémoculture était positive dès les 1er et 2e jours des suites de couches. Ces 2 cas ont eu une évolution fatale.

### La flore utérine au cours des tamponnements curatifs secondaires et tardifs.

Les examens faits au cours de nos tamponnements curatifs secondaires nous ont donné des résultats plus constants.

Un 1er fait d'importance capitale est la constatation dans presque tous les cas d'infection sévère et avant tout pansement, de la présence de streptocoque en culture pure.

Nos cas de septicémie, nos cas d'hémorragie secondaire, nos cas d'infection grave où la température s'élève à 39 ou 40 le 3e jour des suites de couches ont tous montré la même flore microbienne : streptocoque en culture pure.

Après le 1er tamponnement, les colonies de streptocoques sont moins nombreuses ; d'autre part elles sont constamment associées à des colonies de germes divers qui augmentent en nombre et en abondance au fur et

à mesure que les tamponnements se succèdent. Mais ce n'est qu'exceptionnellement que nous avons vu le streptocoque disparaître des lochies. Il est en moindre quantité, il n'y est plus seul, mais il persiste cependant.

Les prélèvements opérés chez la malade de notre observation n° 25, nous semblent résumer assez parfaitement ce que nous avons observé dans la majorité des tamponnements curatifs.

1er prélèvement avant tout traitement :

Streptocoque hémolytique en culture pure.

2e prélèvement :

Streptocoque encore très abondant + Colibacille.

3e prélèvement :

Streptocoque moins abondant + Colibacille + quelques colonies de staphylocoque blanc et doré.

4e prélèvement :

Quelques colonies de streptocoque. Colibacille. Staphylocoque. Cutis commune.

Tels sont les résultats bactériologiques que nous ont donné nos prélèvements intra-utérins.

3 points méritent encore d'être signalés :

1° On note assez souvent à côté du streptocoque un petit bacille grêle, très court, Gram négatif, qu'il a été à plusieurs reprises impossible d'isoler aussi bien en milieu aérobie qu'anaérobie, et qui par conséquent n'a pu être identifié.

2° Nous n'avons constaté qu'exceptionnellement la présence de gonocoques qui auraient pourtant trouvé dans

les tubes de gélose, ascite, sérum, extrait globulaire, un milieu favorable à leur développement.

3° Les conditions matérielles dans lesquelles nous nous trouvions ne nous ont pas permis de faire d'une façon suivie la culture et l'identification des germes anaérobies. Il est certain que des anaérobies se développent à la faveur des tamponnements ; mais il ne nous ont pas semblé avoir une importance considérable au point de vue clinique et jamais nous n'avons constaté leur généralisation.

## Hémocultures

Les hémocultures ont été pratiquées dès la 1re élévation de température, parfois dès la 1re élévation du pouls qui précède souvent l'ascension thermique.

Elles ont été faites en bouillon, ascite, sérum, extrait globulaire.

Lorsqu'elles étaient positives elles donnaient au culot un aspect spécial violacé, caractéristique du streptocoque hémolytique ; le streptocoque poussait avec une rapidité très variable entre 6 heures et 4 jours ; cependant dans la majorité des cas, l'hémoculture était positive en moins de 24 heures. Ces hémocultures étaient d'ailleurs quelquefois positives au streptocoque, dès la 1re élévation de température, contrairement à l'opinion classique. Enfin nous avons pratiqué des hémocultures sur gélose, en boîte de Boëz afin de rechercher les anaérobies. Celles-ci ont toujours été négatives.

## BACTÉRIOLOGIE IN VITRO

Bien que le phénomène de vaccination locale soit avant tout un phénomène biologique où les cellules interviennent d'une façon prépondérante, il est intéressant d'étudier in-vitro la façon dont le streptocoque se comporte vis-à-vis du filtrat, soit lorsqu'il est seul, soit lorsqu'il est associé à d'autres germes :

**1° Action du filtrat sur un des streptocoques qui ont servi à le préparer ;**

Le streptocoque ne pousse pas. Il n'est pas tué par le filtrat mais ce dernier entrave complètement son développement ;

**2° Action du filtrat sur un streptocoque d'une race différente.**

Le streptocoque y pousse presqu'aussi bien que dans du bouillon peptoné ordinaire. Ceci nous montre l'importance qu'il y a à faire un filtrat avec de très nombreuses races de streptocoque, et de l'enrichir constamment par des apports de streptocoques très virulents et très frais.

Plus il aura été employé de races de streptocoques

pour faire le filtrat, plus on aura de chances d'avoir un filtrat actif sur les cellules.

D'autre part, il nous a semblé obtenir de meilleurs résultats avec des filtrats faits avec des streptocoques puerpéraux, qu'avec des filtrats faits avec des streptocoques de sources diverses, et une grande partie de la valeur de la méthode tient dans la fabrication des filtrats ;

**3° Action du filtrat sur le streptocoque associé à d'autres germes ;**

Nous avons étudié le développement du streptocoque associé à l'un des 2 germes suivants : colibacille et paratyphique A. Ces deux germes ayant été trouvés dans des hémocultures faites après accouchement.

A. Action du filtrat sur ces 2 germes.

Ces 2 microbes poussent aussi rapidement et aussi abondamment sur filtrat streptococcique que sur les milieux ordinaires.

B. Action du filtrat sur l'association du streptocoque avec un autre germe.

Nous avons ensemencé une goutte de culture du même âge de streptocoque et d'un des germes précédents, d'une part sur filtrat streptococcique d'autre part sur bouillon.

Les tubes ont été placés à l'étude et nous avons pratiqué des repiquages en tube de Legroux au bout de 1, 2, 4, 6, 8, 12, 24 et 48 heures.

Que ce soit en bouillon ou en filtrat streptococcique on assiste au développement beaucoup plus rapide du

germe associé. Le streptocoque se trouve dans tous les réensemencements mais sa proportion devient de plus en plus faible. Son développement semble être entravé plus par le développement du bacille associé que par la nature du milieu sur lequel il est ensemencé. Les résultats ont été les mêmes avec l'association streptocoque-colibacille et avec l'association streptocoque paratyphique A.

Le filtrat n'agit donc pas d'une façon directe sur les microbes. La présence de streptocoques après les pansements, le développement du streptocoque dans un tube de filtrat en sont des preuves.

Ce sont les cellules qui jouent le rôle prépondérant dans les phénomènes de vaccination locale et qui nous permettent de comprendre le mode d'action du filtrat.

---

## MODE D'ACTION DU FILTRAT

Le principe de cette méthode s'est inspiré de la notion nouvelle d'immunité locale bien mise en lumière par les remarquables recherches de Besredka sur l'infection charbonneuse chez le cobaye, puis sur les infections expérimentales à staphylocoques et à streptocoques.

Cet auteur a montré qu'à côté de l'immunité générale qu'on considérait toujours en fonction de la présence d'anticorps dans le sang, il existe une immunité tissulaire locale.

Il faut reconnaître qu'il est extrêmement difficile de vacciner contre le streptocoque. « Il semble que cet agent pathogène occupe une place à part, tant par la résistance qu'il oppose aux tentatives de vaccination que par son incapacité d'engendrer des anticorps (Besredka). Ce qui explique les échecs presque constants de la vaccinothérapie et de la sérothérapie d'autant plus qu'un même streptocoque présente un degré de virulence bien différent chez l'homme et chez l'animal.

De l'ensemble des expériences faites sur l'animal de laboratoire, il ressort que non seulement le streptoco-

que, mais aussi les filtrats de cultures de streptocoques possèdent une affinité élective pour l'appareil cutanéo-muqueux.

D'un effet nul en injections intra-péritonéales et médiocre en injections sous-cutanées, le filtrat acquière une efficacité remarquable en injections intradermiques ou en pansements cutanés. Il ne devient actif que lorsqu'il agit sur les cellules réceptives, créant ainsi une immunité que l'on n'avait jamais pu obtenir auparavant.

Nous avons tenté de créer cette immunité locale en vaccinant le tissu par lequel se fait l'infection, c'est-à-dire la muqueuse utérine, ou plus exactement ce qui reste de la muqueuse utérine après la chute de la caduque.

Pendant une certaine période, la lésion streptococcique reste localisée, et tant qu'elle est ainsi, elle est justiciable des procédés basés sur le principe de l'immunité locale.

Mais on devra être bien pénétré de ce fait que chez la femme ce stade de lésion locale est parfois extrêmement court qu'il est même parfois inexistant. L'énorme surface d'absorption de la plaie utérine, la virulence particulière du germe infectieux limitent parfois singulièrement le temps pendant lequel on peut agir avec une efficacité certaine.

Nous avons constaté plusieurs fois par des hémocultures précoces que la 1re élévation brutale de température parfois la 1re élévation de pouls contrairement à l'opinion classique coïncidait déjà avec une phase septicémique.

Est-ce à dire que l'on devra abandonner le pansement intra-utérin lorque l'hémoculture se montre ainsi rapidement positive.

Evidemment non. Nos 4 observations de septicémies traitées au début et guéries par le filtrat, et qui fort probablement auraient eu sans cela une évolution fatale, nous incitent à appliquer cette méthode.

La guérison peut alors être expliquée par deux raisons :

1° La généralisation à tout l'organisme de l'immunité locale, grâce à la grande étendue du réseau lymphatique intéressé comme cela semble se produire chez l'animal de laboratoire. Il paraît d'ailleurs bien y avoir une certaine diffusion du filtrat dans l'organisme par la vaste surface d'absorption utérine, ainsi qu'en témoigne une saveur buccale spéciale, « goût de bouillon » accusée par la majorité des femmes qui ont eu ces pansements.

2° Il est à supposer que les pansements ont été faits alors que le streptocoque commençait à passer dans le sang. Les cellules réceptives se sont alors vaccinées au contact du filtrat et se sont rapidement opposées à une diffusion plus grande du streptocoque, circonscrivant le foyer et refroidissant en quelque sorte le processus inflammatoire.

Mais si cette méthode précoce a des chances de réussir au début de l'infection, elle doit donner encore de bien meilleurs résultats lorsqu'elle est faite à titre prophylactique ; c'est d'ailleurs ce que nous avons toujours observé.

Nous ne saurions mieux conclure qu'en reproduisant cette phrase de M. le Dr Besredka (1) : « Chez les êtres hautement différenciés, dans le conflit entre le virus et l'organisme intervient un facteur autre que virus, phagocytes, anticorps : les cellules réceptives. Ces cellules logées dans les organes participent non seulement à l'infection mais encore à la défense. Tout se passe comme si après s'être combinées avec l'antivirus (substance spécifique contenue dans le filtrat), les cellules réceptives devenaient impropres à entrer dans une nouvelle combinaison c'est-à-dire réfractaires ou vaccinées contre une nouvelle invasion du virus ».

## Objections

Peut-il y avoir des inconvénients à employer cette méthode de traitement ? La présence d'un tampon à demeure dans l'utérus pendant les suites de couches, l'introduction in utéro d'un excellent milieu de culture pour les autres microbes que le streptocoque ne constituent-ils pas certains dangers.

Hâtons-nous de dire que la longue série de tamponnements que nous avons pratiquée nous a montré la complète innocuité de ceux-ci. Nous allons cependant examiner en détail chacune des objections que l'on peut faire aux pansements intra utérins au filtrat streptococcique.

---

(1) Immunisation locale. Pansements spécifiques. A. Besredka. Masson, 1925.

1° N'est-il pas dangereux de combattre uniquement le streptocoque et de favoriser le développement in utéro d'autres microbes ?

Tous les auteurs sont en effet d'accord pour admettre que l'infection utérine post partum peut être causée par divers microbes, mais qu'en général en cas d'infection généralisée un seul de ces microbes passe dans le sang. Or, il faut reconnaître que dans la presque totalité des cas, ce microbe est le streptocoque hémolytique, et les femmes qui meurent d'infection puerpérale meurent avec du streptocoque dans le sang. C'est donc contre lui que devra porter la lutte.

Bien entendu si les prélèvements intra utérins et l'hémoculture montraient l'absence de streptocoque et la présence d'un autre germe il y aurait lieu de cesser les tamponnements au filtrat streptococcique.

2° Le développement d'autres microbes n'exalte-t-il pas la virulence du streptocoque ?

Nombre d'auteurs pensent que l'association microbienne peut exalter la virulence des germes qui la composent. Le streptocoque deviendrait plus virulent par son association avec les anaérobies (Achalme) le colibacille (Bezançon et Widal, Bar et Tissier) le bacillus prodigiosus (Monti).

Nous ne pensons pas que cet accroissement de la virulence par association microbienne constitue un phénomène bien constant ni bien important. Tous nos cas graves montraient lors du 1er prélèvement un seul mi-

crobe en culture pure : le streptocoque hémolytique.

L'apparition avec les tamponnements de germes banaux coïncidait pour ainsi dire toujours avec une amélioration de l'état général et une diminution du streptocoque dans les lochies. D'ailleurs nos expériences *in vitro* ont montré la gêne apportée au développement du streptocoque par la présence d'un autre germe.

Le développement d'anaérobies ne nous a pas semblé non plus avoir une importance considérable. Très souvent même nous avons constaté sous l'influence des tamponnements l'amélioration rapide de plaies du col qui de sanieuses et grisâtres se détergeaient et cicatrisaient très vite.

**3°** La rétention de lochies à qui l'on fait jouer un rôle dans la genèse de l'infection puerpérale n'est-elle pas à craindre ?

Nous ne le pensons pas. D'ailleurs cette rétention de lochies est loin d'être complète ; la mèche intra-utérine s'imprègne largement d'écoulement lochial, et draine une partie des lochies ainsi qu'en témoigne l'écoulement vulvaire que l'on observe.

En tous cas, ce tamponnement corrige toujours et très bien l'antéflexion utérine qui est à la base des accidents donnés par la rétention de lochies.

**4°** N'y aurait-il pas intérêt à employer un autofiltrat ?

L'expérimentation montre en effet que le filtrat n'est spécifique *in vitro* que pour les streptocoques qui ont

servi à le préparer. N'y aurait-il alors pas lieu de faire un autofiltrat (1), ou mieux d'adapter le filtrat dont nous nous servons au streptocoque trouvé dans l'utérus. Potocki et Fisch (2) ont montré pour le colibacille que cela pouvait se faire par des ensemencements successifs qui parviennent plus ou moins rapidement à adapter le stock-filtrat au microbe en cause et à en rendre la culture stérile dans ce filtrat ainsi modifié. Cette idée est en effet très séduisante, mais elle est de réalisation pratique sinon difficile du moins trop longue.

Le traitement que nous avons employé n'a des chances de réussir qu'à condition d'être très précoce.

Rappelons encore que plusieurs fois nous avons trouvé une hémoculture positive dès la 1re élévation de température. Il est bien évident que dans ces cas toute thérapeutique par un autofiltrat ou par un filtrat adapté au streptocoque en cause, aurait été bien trop tardive.

Les bons résultats que nous avons obtenus viennent d'ailleurs à l'appui de cette assertion.

---

(1) Lasseigne. Contribution à l'étude de la vaccinothérapie intra-utérine dans l'infection puerpérale. (*Thèse Montpellier*, 1923-24).

Potocki et Fisch. Application locale d'un auto-vaccin dans l'infection puerpérale. *Soc. d'obst. et de gyn.* 1924, p. 346.

(2) Potocki et Fisch Remarques sur le mode d'emploi des filtrats microbiens en applications locales. *Ibid.*, p. 483.

## INTRA-DERMO RÉACTIONS AU FILTRAT STREPTOCOCCIQUE. LEUR VALEUR PRONOSTIQUE

Nous avons essayé de déterminer le degré d'immunité naturelle de l'organisme atteint, vis-à-vis du streptocoque par des intradermo réactions au filtrat streptococcique.

Ces intradermo réactions ont été pratiquées :

1° Chez toutes les femmes à qui nous avons fait des tamponnements à titre préventif ou curatif ou des injections intraveineuses de filtrat.

2° Chez des femmes normales, au cours de la gestation du travail et des suites de couches.

Les résultats que nous avons obtenus sont venus confirmer ceux observés par M. le Professeur agrégé Lévy-Solal et Simard dans des recherches antérieures et qui portent avec celles que nous avons faites sur plusieurs centaines de cas. Nos conclusions sont identiques à celles qui ont été communiquées à la Société de Biologie (1) par ces auteurs.

---

(1) Lévy-Solal, Simard, Leloup, Mérat. Etude de l'immunité vis-à-vis du streptocoque au cours de la gestation et de la puerpéralité. *Bull. de la Soc. de Biologie*, 7 février 1925.

Nous avons observé :

1° Une absence de réaction avec le bouillon peptoné ordinaire.

2° Une réaction plus ou moins forte avec le filtrat de streptocoque et variable suivant les sujets.

Par leur intensité ces réactions dues au filtrat sont de 2 ordres : Soit fortes : de 2 à 5.

Soit faibles ou nulles, 0 et 1.

**Réactions fortes** : c'est la règle. Elles le sont chez 9/10e des femmes pendant la puerpéralité.

**Réactions faibles ou nulles** : beaucoup plus rares. Nous les avons rencontrées dans 3 cas.

1° Dans des cas normaux. Certaines femmes ont une réaction faible ou nulle d'une façon permanente pendant la gestation, le travail, les suites de couches, indépendamment des accidents infectieux pouvant survenir. Lorsque ces accidents surviennent ils sont particulièrement graves.

2° Pendant le travail (1/4 à 1/5 des cas) certaines femmes ont un fléchissement de la réaction avec retour à l'intensité antérieure après un accouchement normal.

3° Au cours des infections; seules les infections d'origine puerpérale et d'un pronostic très sombre abaissent ou suppriment la réaction de l'intra-dermo.

Les infections légères ou non streptococciques (affec-

tions mammaires, pyélonéphrites) ne modifient pas la réaction.

Par contre si au cours d'une infection grave avec intradermo réaction à o, on voit survenir une localisation (salpingite, phlegmon du ligament large) l'intradermo devient fortement positive à 3 ou à 4.

Il nous a donc semblé que l'intradermo-réaction avait une valeur pronostic considérable.

Nous ne voulons pas dire par là que toutes les femmes qui ont une intradermo négative feront des infections graves post-partum et que celles qui ont une intradermo positive ne feront pas d'infection.

Le fait important est le suivant :

*Les femmes que nous avons vu mourir avec une hémoculture positive au streptocoque avaient une intradermo réaction nulle ou très faible. Cette négativité de l'intradermo réaction existait non seulement à la période terminale mais existait dès l'accouchement ou dès les premiers signes d'infection.*

Des constatations de même ordre ont été faites par d'autres auteurs dans des infections streptococciques.

Levaditi obtient les mêmes résultats chez les blessés de guerre (1) les sujets capables de résister au streptocoque ont des intradermo réactions intenses. Par contre chez ceux qui faisaient des septicémies à streptocoque les réactions étaient très faibles, voire même nulles.

---

(1) Levaditi. Le streptocoque dans les plaies de guerre. Ambulance Océan. 1918.

Rivalier (1) dans un travail fait à la clinique des maladies infectieuses du Pr Teissier, obtient des résultats semblables aux nôtres à la suite d'intradermo réactions pratiquées chez des malades atteints d'infection streptococciques graves.

Ces constatations montrent l'importance qu'il faut attacher à l'absence d'immunité naturelle de l'organisme, mise en évidence par la négativité de l'intradermo réaction.

On peut pallier aux accidents graves qui peuvent en résulter par un traitement prophylactique précoce constitué par les pansements intra-utérins au filtrat.

L'intradermo réaction semble donc devoir jouer un rôle de plus en plus important, soit pour renforcer les indications du tamponnement préventif, soit même pour les poser.

---

(1) Rivalier. Recherches expérimentales sur l'infection et l'immunisation par la voie cutanée (*Th. Paris*, 1924, Arnette, éditeur).

## CONCLUSIONS

1° Nous avons employé dans le traitement préventif et curatif de l'infection puerpérale les pansements intra utérins au filtrat de cultures de streptocoques.

2° Le principe de cette méthode thérapeutique s'est inspiré de la notion nouvelle de l'immunité locale qui semble avoir une importance primordiale dans la genèse et le traitement des infections à streptocoques.

3° Le filtrat dont nous nous sommes servis provenait de cultures de streptocoques puerpéraux dont les souches ont été fréquemment renouvelées.

4° Ces pansements ont été appliqués :
soit à titre préventif
soit à titre curatif dès les premières manifestations de l'infection.
Ils étaient laissés en place 24 heures et renouvelés pendant 3 jours.

5° Ils nous ont donné d'excellents résultats à condition d'être fait d'une façon systématiquement précoce...

6° Les injections intraveineuses de filtrat peuvent être efficaces au début d'une septicémie ; elles ne nous ont pas paru avoir d'action lorsque la septicémie était en pleine évolution.

7° L'immunité naturelle de l'organisme atteint, vis-à-vis du streptocoque, est donnée par la valeur de l'intradermo réaction au filtrat streptococcique.

---

*Vu, le Doyen,*
H. ROGER.

*Vu le Président,*
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
*Le Recteur de l'Académie de Paris*
LAPIE.

# TABLE DES MATIÈRES


Introduction ..... 9

PREMIÈRE PARTIE

Tamponnements préventifs ..... 16
Tamponnements curatifs précoces ..... 35
Tamponnements curatifs secondaires ..... 47
Tamponnements curatifs tardifs ..... 76
Réactions annexielles ..... 84
Avortements ..... 87
Le pansement au filtrat dans les opérations césariennes .. 92
Injections intra-veineuses de filtrat ..... 95
Résumé ..... 103

DEUXIEME PARTIE

Bactériologie in vivo ..... 106
Bactériologie in vitro ..... 111
Mode d'action du filtrat ..... 114
Intradermo-réactions au filtrat streptococcique. Valeur pronostique ..... 121

Conclusions ..... 125

1926. Saint-Amand (Cher) — Imp. A. CLERC.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

v.42 Thèses de Paris
1926
Py-Rav 66817

| NAME | DATE DUE |
| --- | --- |